



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SON TRİMESTER GEBELERDE SOSYAL DESTEK ALGISININ  
PRENATAL DİSTRES ÜZERİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN: TUĞÇE NAMIK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi HÜLYA DEMİRCİ

MANİSA-2019





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SON TRİMESTER GEBELERDE SOSYAL DESTEK ALGISININ  
PRENATAL DİSTRES ÜZERİNE ETKİSİ**

HAZIRLAYAN: TUĞÇE NAMIK  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi HÜLYA DEMİRCİ

TEZ SAVUNMA SINAVI JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. AYDEN ÇOBAN

Dr. Öğr. Üyesi SELDA İLDAN ÇALIM

MANİSA- 2019

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde ede ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

2019  
TUĞÇE NAMIK

## TEŞEKKÜR

Üniversite hayatına başladığım ilk günden itibaren yüksek lisans ve tez çalışmam da yoğun çalışma programına rağmen her zaman yanımda olan sabrını, desteğini, tüm bilgi birikimini, deneyimlerini eksik etmeyip, yeri geldiğinde anne sıcaklığıyla yol gösteren ve beni akademik alanda ilerlemem için destekleyen sevgili Danışman Hocam Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ' ye

Tüm bilgi birikimi ve deneyimleriyle beni mesleki hayata hazırlayan MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü hocalarıma,

Araştırmamı gerçekleştirdiğim Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi NST polikliniği çalışanlarına,

Çalışmama ilgi gösterdikleri ve araştırmaya katıldıkları için tüm gebelere,

Hayatımın her alanında olduğu gibi araştırma sürecinde de yanımda olan, hem çalışma hayatına devam edip hem de tez çalışmasını sürdüren ve bu yoğun çalışma sürecinde desteğini benden ve oğlumuz Emir Kerem'den bir an olsun eksik etmeyen sevgili eşim Emre NAMİK'a

Gözlerimi açtığım andan itibaren varlığıyla ve desteğiyle bana güç veren, her zaman yanımda olan başta canım annem Hülya ÇAPAR'a ve kardeşlerim Nazlı ve Ahmet ÇINAR' a,

Hepinize sonsuz teşekkür ediyorum.

Tuğçe NAMİK

Manisa/2019

## İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ .....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
1.ÖZET.....	1
2.SUMMARY .....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4.GENEL BİLGİLER.....	6
4.1.GEBELİK DÖNEMİ VE GEBELİĞE UYUM .....	6
4.2.GEBELİK DÖNEMLERİNDE SIK GÖRÜLEN RAHATSIZLIKLAR .....	8
4.2.1.Erken Dönem Rahatsızlıklar (Birinci Trimester).....	9
4.2.1.1 Bulantı-kusma .....	9
4.2.1.2. Burun tıkanıklığı ve burun kanaması (Epistaksis) .....	9
4.2.1.3 Yorgunluk .....	9
4.2.1.4 Sık idrara çıkma .....	10
4.2.1.5. Memelerde hassasiyet .....	10
4.2.1.6. Pityalizm .....	10
4.2.1.7. Palmar eritem .....	11
4.2.1.8. Vajinal akıntıda artma.....	11
4.2.1.9. Abdominal rahatsızlık.....	11
4.2.2.Geç Dönem Rahatsızlıklar (İkinci ve Üçüncü Trimester) .....	12
4.2.2.1. Mide yanması .....	12
4.2.2.2. İştahta artma .....	12
4.2.2.3. Ayak bileklerinde ödem.....	12
4.2.2.4. Varikoz venler .....	13
4.2.2.5. Hemoroidler .....	13
4.2.2.6. Gaz.....	14
4.2.2.7. Konstipasyon.....	14
4.2.2.8. Sırt ağrısı.....	14
4.2.2.9. Kas krampları .....	15
4.2.2.10. Solunum sıkıntısı .....	15
4.2.2.11. Uyuma güçlüğü .....	15
4.2.2.12. Round ligament ağrısı.....	16
4.2.2.13. Karpal tünel sendromu.....	16

4.2.2.14. Baş ağrısı.....	16
4.2.2.15. Braxton hicks kontraksiyonları .....	17
4.3. GEBELİKTE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER .....	17
4.3.1. Birinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler .....	17
4.3.2. İkinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler .....	19
4.3.2. Üçüncü Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler .....	19
4.4. GEBELİKTE PRENATAL DİSTRES .....	20
4.4.1. Gebelikte Stres .....	21
4.4.2. Gebelikte Anksiyete .....	22
4.4.3. Gebelikte Depresyon .....	23
4.5. SOSYAL DESTEK.....	24
4.5.1. Sosyal Destek Kavramı .....	24
4.5.2. Sosyal Destek Türleri .....	25
4.5.3. Sosyal Destek Modelleri.....	26
4.5.4. Sosyal Destek Kaynakları.....	27
4.5.5. Algılanan Sosyal Destek.....	27
4.6. GEBELİKTE SOSYAL DESTEK.....	28
4.7. GEBELİKTE PRENATAL DİSTRESLE BAŞA ÇIKMA YOLLARI VE SOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ .....	29
<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>33</b>
5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ .....	33
5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	33
5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ. ....	33
5.4. ARAŞTIRMANIN HIPOTEZLERİ.....	34
5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI, BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....	34
5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	35
5.6.1. Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerini İçeren Kişisel Bilgi Formu .....	35
5.6.2. Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)-Revize Versiyonu .....	35
5.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği. (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS). ....	36
5.6.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	37
5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ .....	37
5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	38
5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE YAŞANAN GÜÇLÜKLER .....	38
5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....	38
5.11. SÜRE VE OLANAKLAR.....	38
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>40</b>

6.1. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	40
6.2. GEBELERDE ENDİŞE VARLIĞI, NEDENLERİ VE GEBELİK SÜRESİNCE KİMLERİN DESTEK OLDUĞUNA İLİŞKİN BULGULAR .....	41
6.3. PRENATAL DISTRES ÖLÇEĞİ (PDÖ), ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (MSPSS) VE HASTANE ANKSIYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD) ARASINDAKİ İLİŞKİ .....	42
6.4. PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ İLE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR .....	45
6.5. PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ İLE BAZI OBSTETRİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	47
6.6. PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ İLE GEBELERDE ENDİŞE VARLIĞI VE ENDİŞE NEDENLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR .....	48
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>50</b>
7.1.GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	50
7.2.GEBELERDE PRENATAL DİSTRES DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	52
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>57</b>
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>60</b>
<b>10.EKLER.....</b>	<b>73</b>
EK-I: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Konusu Onayı .....	73
EK-II: Celal Bayar Üniversitesi Yerel Etik Kurulu Onayı.....	74
EK-III: Manisa Kamu Kurumları Müdürlüğü İzni .....	75
Ek-IV: Kişisel Bilgi Formu .....	76
Ek-V: Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)- Revize Versiyonu ve İzin Yazısı .....	77
EK-VI: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve İzin Yazısı ..	79
EK-VII: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) .....	81
EK-VIII: Aydınlatılmış Onam Formu.....	83
Ek-IX: Özgeçmiş .....	85
Ek X:Tez İntihal Raporu .....	88



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 3. Gebelerde Endişe Varlığı ve Endişe Nedenlerinin Dağılımını Gösteren Bulguların Dağılımı

Tablo 4. Gebelik Süresince Kim/Kimlerin Destek Olduğuna İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 5: Prenatal Distres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı (n=358)

Tablo 6. Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Dağılımı (n=358)

Tablo 7. Prenatal Distres Ölçeği ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 8. Prenatal Distres Ölçeği ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 9. Prenatal Distres Ölçeği ile Gebelerde Endişe Varlığı ve Endişe Nedenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Zamanlanması.....	39
---	----



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>HAD</b>	Hastane ve Anksiyete Depresyon Ölçeği
<b>HAD-A</b>	Hastane ve Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu
<b>HAD-D</b>	Hastane ve Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu
<b>MCBÜ</b>	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
<b>MSPSS</b>	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>NST</b>	Nonstres Test
<b>PDÖ</b>	Prenatal Distres Ölçeği
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu

**Başlık:** Son Trimester Gebelerde Algılanan Sosyal Desteğin Prenatal Distres Üzerine Etkisi

**Öğrencinin adı:** Tuğçe NAMIK

**Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ

**Anabilim Dalı:** Ebelik Anabilim Dalı

## 1.ÖZET

Bu çalışmanın amacı, son trimesterde gebelerin algıladıkları sosyal desteğin prenatal distres üzerine etkisini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma analitik- kesitsel bir çalışmadır. Bir devlet hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine rutin kontrol için başvuran üçüncü trimesterdeki (29 ve üzeri gebelik haftası) 358 sağlıklı gebe araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Prenatal Distres Ölçeği-Revize Versiyonu (PDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 for Windows istatistik analiz programında sayı, yüzde dağılım, ortalama, Spearman korelasyon analizi, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan gebelerin %45,5'i 25-31 yaş arasında olup yaş ortalaması (27,2±5,2)'dir. Gebelerin %85,5'i çekirdek aile, %45,8'i lise mezunu, %83,2'i ev hanımı ve %76,0'sının geliri giderine denktir. Gebeliklerin %43,0'ü ilk gebelik olup %95,3'ü planlıdır. MSPSS toplam ölçek puanı ve alt boyutları ile PDÖ ölçek puanı arasında ters yönde ve orta büyüklükte anlamlı bir ilişki vardır (p<0,01). MSPSS toplam ölçek puanı ve alt boyutları ile HAD Depresyon ölçek puanı arasında ters yönde ve zayıf büyüklükte anlamlı bir ilişki vardır (p<0,01). Gebelik yaşı ileri olan, aylık geliri giderinden fazla olduğunu ifade eden, daha önce doğum yapan, evde yaşayan bir çocuğu olan ve gebeliğinin planlı olduğunu belirten kadınların prenatal distres düzeyleri düşük bulunmuştur (p<0,05). Bu gebeliğinde endişe duyduğunu ifade eden kadınların prenatal distres düzeyleri daha yüksektir (p<0,01).

**Sonuç:** Gebelerin sosyal destek algıları arttıkça prenatal distres ve depresyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Son trimester, Algılanan sosyal destek, Prenatal distres

**Title:** The Effect of Perceived Social Support on Prenatal Distress in Last Trimester Pregnants

**Student name:** Tuğçe NAMIK

**Thesis Advisor:** Lecturer, PhD Hülya DEMİRCİ

**Department:** Midwifery

## **2.SUMMARY**

The aim of this study is to investigate the effects of perceived social support on prenatal distress in the last trimester.

**Material and Method:** This research is an analytical cross-sectional study. A total of 358 healthy pregnant women in the third trimester (29 and over gestational weeks) who were admitted to a gynecology and obstetrics outpatient clinic were included in the study. The data of the study were collected by using Personal Information Form, Revised Prenatal Distress Questionnaire (NUPDQ), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). In the analysis of the data, SPSS 15,0 for Windows statistical analysis program, number, percentage distribution, mean, Spearman correlation analysis, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests were used.

**Results:** 45.5% of the pregnant women included in the study were between 25-31 years of age and the average age was  $27.2 \pm 5.2$  years. 85.5% of pregnant women are nuclear family, 45.8% to high school graduate, 83.2% to housewife and 76.0% income equals to outgoings. 43.0% of the pregnancies were first pregnancies and 95.3% of them were planned. There was a significant correlation between MSPSS total scale score and subscales and NUPDQ, scale score in the opposite direction and medium size ( $p < 0.01$ ). There was a significant correlation between MSPSS total scale score and sub-dimensions and HAD Depression scale score in the opposite direction and weak size ( $p < 0.01$ ). Prenatal distress levels were lower in women who stated that their pregnancy was older, had more than their monthly income, had a child who had given birth before and had a child at home and whose pregnancy was planned ( $p < 0,05$ ). Prenatal distress levels were higher in women who expressed concern for their pregnancy ( $p < 0,01$ ).

**Conclusion:** It was determined that prenatal distress and depression levels decreased as the social support perception of pregnant women increased.

**Key words:** Pregnancy, Last trimester, Perceived social support, Prenatal distress

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın yaşamında bedeninin doğal, normal ve sağlıklı bir fonksiyonu olan gebelik, insan neslinin devamı için oldukça önemli bir süreçtir (Pişirgen 2011; Gümüşdağ 2014). Döllenme ile başlayan ve doğum ile sonuçlanan gebelik süreci, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler başta olmak üzere, birçok değişikliğin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren geçici bir süreç olarak değerlendirilmesine rağmen, anne ve fetüs sağlığı açısından oldukça önemli bir yere sahiptir (Çakır Koçak 2007; Karabulut Doyurgan 2009; Sözeri 2011; Dipietro 2012). Fertilizasyondan hemen sonra ortaya çıkan değişiklikler hem annenin hem de fetüsün sağlığı üzerinde etkin bir rol oynar (Özçelik 2010).

Gebelikte yaşanan hızlı değişimler ve gebeliğe uyumun sağlanamaması kadın için stresli durumlar oluşturabilmektedir (Yerenkul 2011). Gebelik süreci kadının emosyonel açıdan çok iyi olduğu bir dönemin aksine, biyolojik ve psikososyal değişikliklerin yaşandığı, psikiyatrik hastalıkların ortaya çıktığı bir dönemdir (Furber 2009). Gebelik döneminde yaşanan tüm olaylar kadının ruhsal durumu, yaşantısını ve gebeliğin seyrini etkilerken, aynı zamanda gebelik sürecinde yaşanan deneyimler kadının tüm yaşamı üzerinde etkili olmaktadır. Bununla birlikte gebeliğin kadın hayatını geri dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapabileceği bilinmektedir (Çakır Koçak 2007; Karabulut Doyurgan 2009; Çapık 2013).

Gebelik döneminde psikolojik distres olarak adlandırılan prenatal distres, prenatal dönemde yaşanan stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik değişiklikleri kapsamaktadır. Gebelikte görülen distres, gebeliğin seyrini, fetal gelişmeyi ve annenin postpartum dönemdeki psikolojik durumunu etkilediği gibi, preterm eylem ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz sonuçlara da sebep olabilmektedir (Liou 2016; Goletzke 2017). Ayrıca prenatal distresin gebelerin doğum şeklini belirlemede etkili

olduğu; prenatal distresi yoğun yaşayan gebelerin sezaryen doğum şeklini tercih ettikleri belirlenmiştir (Marca-Ghaemmaghami ve ark. 2013; Coult ve Brown 2015).

Prenatal distres ile fetal gelişim arasında bağlantı olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Anne karnında fetüsün varlığı sadece fizyolojik açıdan değil duygusal açıdan da anneyi etkilenmektedir. Gebelikte annenin yaşadığı olumsuz psikolojik değişiklikler fetüste kalp atım hızının değişmesi ve motor aktivitesinin baskılanması gibi bilişsel, duyuşsal ve motor gelişimi olumsuz etkiler (Altınçelep 2011; Field 2011; Baibarazova ve ark. 2012). Ayrıca prenatal distresin neonatal dönemde hatta bebeklik ve çocukluk dönemlerinde, hem fizyolojik gelişim hem de duygusal/zihinsel gelişim üzerine etkilerinin yanı sıra kronik immün hastalıklar için artmış risk, metabolik fonksiyon bozukluğu, obezite ve gelişimsel problemler de dâhil olmak üzere çeşitli hastalık durumları ile ilişkilendirmiştir. Bu bağlamda prenatal distres, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik döneminde oluşabilecek sağlık sorunları ile ilişkilendirilmektedir (Lobel ve ark. 2008; Field 2011; Marca-Ghaemmaghami ve ark. 2013; Field 2017; Goletzke 2017).

Literatür doğrultusunda yapılan araştırmalar gebelikte görülen prenatal distresin önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Bununla birlikte, prenatal distresle baş etme yöntemi olarak sosyal desteğin önemi vurgulanmış ve gebelikte algılanan sosyal desteğin etkilerinin daha güçlü ve psikolojik olarak sürekli yarar sağladığı bulunmuştur (Reid 2015; Goletzke 2017).

Kendi içinde karmaşık bir süreç gibi görünen gebeliğin; her trimester de farklı fiziksel ve psikolojik değişikliklerin yaşanması nedeniyle kadının gebeliğe uyum sağlamasında zorlanması sosyal desteğin önemini artırmaktadır (Dipietro 2012; Giurgescu 2015). Gebeliğin getirdiği fiziksel ve psikolojik değişikliklere uyum sağlamada sorun yaşayan kadınlar, sosyal çevrelerinden desteğe daha fazla ihtiyaç duyarlar. En yakın aile üyelerinden sosyal desteğin sağlanması, kadının gebeliğe uyumunu ve baş etme stratejilerini geliştirmesini güçlendirmektedir. Gebeler en fazla yakınlığı ve desteği eşlerinden beklemektedirler (Yerenkul 2011). Yapılan çalışmalarda, sosyal desteğin majör depresyon riskinden tutarlı lde koruduğu grlmektedir. Postpartum depresyonu nleme de kadının eşinden yeterli düzeyde destek alması anlamlı ve tutarlı bir koruyucu faktör olarak bulunmuştur (Reid 2015). Bu yüzden hem kadının hem bebeğin sağlıklı bir yaşam sürmesi için gebelik sürecinde başta eşinin olmak üzere kadının yakın çevresinin desteği oldukça

önemlidir (Demiryay 2006; Çakır Koçak 2007; Boybay Koyuncu 2013; Yücel ve ark. 2013; Kamalak 2015; Esmeray 2016; Hancıoğlu Aytaç 2017).

Prenatal distes üzerine literatürde yeterince çalışma yapılmamış olması, prenatal distresin son trimester gebelerde olumsuz ve uzun vadeli etkilerini tarama ihtiyacını ortaya koymaktadır (Could ve Brown 2015). Bu bilgiler ışığında araştırmamız; gebeliğin son trimesterinde kadının algıladığı sosyal desteğin prenatal distres düzeyi üzerine etkisini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.





## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1.GEBELİK DÖNEMİ VE GEBELİĞE UYUM

Gebelik, fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 267 gün, son menstruasyonun ilk gününden itibaren ortalama 280 gün/10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) veya 40 hafta sürer. Gebelik dönemi her biri yaklaşık üçer ay süren dönemlerden oluşur ve bu dönemler trimester olarak adlandırılır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2014). Gebeliğin 0-14 haftası birinci trimester, 14-28 haftası ikinci trimester, 28-42 haftası üçüncü trimester olarak adlandırılır. Doğum eyleminin başlamasıyla gebelik süreci son bulur. Döllenme ile başlayan ve doğum ile sona eren gebelik süreci, gebe için fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalıştığı doğal bir süreçtir (Karabulut Doyurgan 2009; Altınçelep 2011; Çetinkaya 2014).

Sağlıklı gebelik, bu süreçte günlük herhangi bir tıbbi rahatsızlık veya antenatal komplikasyon olmadan, canlı bir fetusun doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır. Gebelik, doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği doğuma ve ebeveynliğe fiziksel ve psikolojik olarak hazırlandığı geçici bir süreçtir (Nazik 2005; Karabulut Doyurgan 2009; Karabulut Doyurgan 2009; Altınçelep 2011; Sözeri 2011; Güler 2013; Yıldız Çiltaş 2015; Özorhan 2016; Gümüşay 2016).

Her kadın kendine özgü bir gebelik serüveni vardır. Gebelik karşısında tepkileri, yaşadığı fiziksel rahatsızlıkları, bireyin anıları, korkuları, sosyal ve ekonomik çevre koşulları, istekleri farklıdır. Anne karnında bebeğin varlığı, kadının birtakım rahatsızlıklar yaşamasına neden olabilir. Bu rahatsızlıkların birçoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin sonucu olarak ortaya çıkar. Gebelikte yaşanan rahatsızlıklar yoğun olarak ilk ve son trimesterde ortaya çıkarken, görülen rahatsızlıkların şiddeti ise gebeliğin evresine göre değişmektedir (Demiryay 2006; Altınçelep 2011).

Sağlıklı gebelik, doğum ve doğum sonrası için, gebelik süresince her trimestere özgü değişikliklerin bilinmesi ve bu değişikliklere uyumun desteklenmesi oldukça

önemlidir. Gebelik süreci trimesterlere göre incelendiğinde (Demiryay 2006; Altınçelep 2011; Yıldız Çiltaş 2015);

*Birinci trimester;* kadının gebeliğe psikolojik ve fiziksel uyum sağlamaya başladığı gebeliğe adaptasyon dönemidir. Bu dönem kadının gebeliğinin oluşumu itibariyle 14 haftaya kadar sürer. Gebeliğin öğrenilmesiyle yeni döneme geçiş yapan kadının ilgisi bebeğinden daha çok kendisi üzerindedir. Gebelik belirtileri açısından kendini inceler, gebelik belirtilerini doğrulamak, gebelik olasılığı hakkında ailesi ve yakın çevresi ile konuşmak ister. Gebeliğinin ilerlemesiyle birçok rahatsızlıklar ortaya çıkar. Bu dönemde sık görülen rahatsızlıklar; bulantı-kusma, burun tıkanıklığı ve burun kanaması, yorgunluk, sık idrara çıkma, üriner sistem enfeksiyonları, memede hassasiyet, pityalizm, palmar eritem, vajinal akıntıda artma, abdomende rahatsızlıktır. Bu rahatsızlıklar gebenin günlük yaşamını etkilemekte ve bazen de bazı kısıtlamalara neden olabilmektedir. Bu rahatsızlıklar ortaya çıkarken, kadının psikolojik olarak gebeliğe adaptasyon süreci de devam etmektedir (Demiryay 2006; Çakır Koçak 2007; Altınçelep 2011; Yücel ve ark. 2013; Kamalak 2015; Esmeray 2016; Hancıoğlu Aytaç 2017).

İlk trimesterde gebelerde en sık karşılaşılan gebe olup olmamaya ilişkin ambivalan (zıt duygular) duygulardır. Duygusal dalgalanmalar nedeniyle gebeler anlık duygusal değişimler yaşayabilir. Gebeliğin oluşumu ile birlikte, bu trimesterde kadınlar bir dizi psikolojik değişiklikler yaşarlar. Bu dönemde kadının gebeliği kabul etmesi gebeliğe uyum açısından oldukça önemlidir. Yakın çevresi ve eşinin desteğiyle gebeliğinin kabul gördüğünü hisseden kadın gebelik sürecini benimser ve uyum sağlar (Demiryay 2006; Çakır Koçak 2007; Altınçelep 2011; Yücel ve ark. 2013; Kamalak 2015; Esmeray 2016; Hancıoğlu Aytaç 2017).

*İkinci trimester;* Gebeliğin 14-28 haftalar arasındaki dönemdir. Bu dönem birinci trimesterde görülen rahatsızlıkların azaldığı, uterusun büyümesiyle fetüs hareketlerinin hissedildiği, annenin ve fetüsün vücutlarının birbirine mükemmel uyum sağlamaya başladığı denge dönemidir. Bu dönemde anne adayını artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser, fetüsü farklı bir birey olarak kabul eder ve fiziksel değişikliklere uyum sağlar. Fetüsün farklı bir birey olarak kabul edilmesiyle birlikte fetüs ile anne arasındaki biyolojik bağ derinleşir, fiziksel değişikliklere uyum sağlamasıyla ambivalan duyguların ortadan kalkması hızlanır. Bu dönemde gebelik benimsenmiş, ambivalan duygular ortadan kalmaya başlasa bile; duygu ve mizaç değişiklikleri, duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani

kızgınlık ve büyük mutluluk gibi bazı değişimler görölmektedir. Gebelięin ilerlemesiyle değişen beden imajı, çekiciliğini kaybetme duygusu, eşleri tarafından beğenilmeme endişesi, cinsel aktivitenin bebeğe zarar vereceği dūřüncesi, fetüsü koruyamama ve çevresel olayların bebeği etkileme dūřüncesi, kadınları olumsuz etkileyebilir. Bu dönemde anne adayını kendisi ve bebeği ile ilgili bilgileri öğrenmeye, diğer gebe kadınlarla konuşmaya annelik ile ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyar (Demiryay 2006; Altınçelep 2011; Kamalak 2015; Esmeray 2016; Hancıoğlu Aytacı 2017).

*Üçüncü trimester;* Gebelięin 28-42 haftaları arası dönemdir. Üçüncü trimester doğum ve bebek için hazırlıkların arttığı, kadının annelik rolünü almaya başladığı, doğum hakkında bilgi arayışına girdiği dönemdir. Bu dönemde duygusal dalgalanmalar artar, ikinci trimesterde azalan ambivalan duygular yeniden ortaya çıkar ve bunlara fiziksel rahatsızlıkların artması eşlik eder. Bu rahatsızlıklar, mide yanması, iştahta artma, ayak bileklerinde ödem, varikoz venler, hemoroidler, gaz, konstipasyon, sırt ağrısı, kas krampları, yorgunluk, solunum sıkıntısı, uyuma güçlüğü, round ligament ağrısı, karpal tünel sendromu, bař ağrısı, braxton hicks kontraksiyonlarıdır. Kadının fiziksel görünümünde değişiklikler belirginleşmiş ve kadın kendini hantallaşmış hissetmektedir. Özellikle bu dönemde, doğumun yaklaşmasıyla doğum zamanını tam olarak belirleyememe, doğum için hastaneye yetişememe endişesi, bebeğini kaybetme ya da zarar görme dūřüncesi, doğum sürecine ilişkin korku ve kaygılarının artmasıyla anksiyete daha sık ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde gebe için ruhsal ve fiziksel destek oldukça önemlidir. (Demiryay 2006; Çakır Koçak 2007; Altınçelep 2011; Yücel ve ark. 2013; Boybay Koyuncu 2013; Kamalak 2015; Esmeray 2016; Hancıoğlu Aytacı 2017).

#### **4.2.GEBELİK DÖNEMLERİNDE SIK GÖRÜLEN RAHATSIZLIKLAR**

Gebeliğin oluşmasıyla anne organizmasında çok sayıda fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkar ve bu dolayısıyla sağlık ve hastalık çizgisini birbirine yaklaştırır. Bu değişikliklerin nedeni; annenin gebelik ve doğum sırasında bazı risklerden korunması, fetüsün büyüme ve gelişmesinin sağlanmasıdır. Bu rahatsızlıkların tamamına yakını doğumdan sonra kaybolurken bir kısmını, doğumdan sonra ilk 6–8 hafta içinde normale döner (Altundaş 2009; Sözeri 2011; Özorhan 2016).

## **4.2.1. Erken Dönem Rahatsızlıklar (Birinci Trimester)**

### **4.2.1.1 Bulantı-kusma**

Bulantı ve kusma gebeliğin erken döneminde en sık görülen rahatsızlıklarından biridir. Bu rahatsızlığın şiddeti gebelerde değişmekle beraber, geberin yüzde %50–80'nin sıklıkla yakındığı rahatsızlıklardandır. Bu rahatsızlık, son menstrual periyoddan sonra herhangi bir zamanda ortaya çıkar ve genellikle de 6-12 hafta sonra kendiliğinden sona erer. Gebelikte ortaya çıkan bulantı ve kusmanın etiyojisi henüz tam olarak bilinmemekle birlikte; hormonal, metabolik, nörolojik ve psikosomatik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Bulantı kusma gebelerin beslenme alışkanlığı, fiziksel aktiviteleri ve yaşam şeklinde değişikliği zorunlu hale getirirken kadının iş performansı, ailevi ve sosyal ilişkileri, psikolojik durumu ve sağlığını olumsuz yönde etkilenmekte ve gebeliğe adaptasyonu güçleştirmektedir. (Babadağlı 2003; Demiryay 2006; Yekenkunrul 2011; Taşkın 2012; Kamalak 2015).

### **4.2.1.2. Burun tıkanıklığı ve burun kanaması (Epistaksis)**

Burun mukozası estrojene duyarlıdır ve üst solunum yollarında kan volümünün artmasıyla gebelikte hafif hiperemik ve ödemlidir. Bu durum burun tıkanıklığı, burun akıntısı ve burun kanamasının gelişmesine sebep olabilir ve çoğunlukla tedavi ile geçmez. Gebeliğin ilerlemesiyle ortaya çıkan nefes darlığı nedenlerinden olan burun tıkanıklığı gebelerde uyuma güçlüğü yaşamasına neden olabilir (Babadağlı 2003; Taşkın 2012; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

### **4.2.1.3 Yorgunluk**

Yorgunluk hemen hemen tüm gebelerde özellikle gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde yoğun bir şekilde görülmektedir. Yorgunluğun nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak gebelikte progesteron hormonunun artması, özellikle dolaşımdaki kan miktarındaki artışın vazodilatasyonu kompanse edemediği erken dönemde bu duruma yol açtığı, metabolik ihtiyacın artması sonucu geliştiği düşünülmektedir. Yorgunluk, özellikle sabahları yaşanan bulantı ve kusma belirtileri ve geceleri sık idrara çıkma ihtiyacının doğmasıyla birlikte, kilo alma, gebelikte

yaşanan stres, anksiyete, depresyon, bulunulan ortamın sıcaklığı, ani pozisyon değişikliği ya da rahat olmayan pozisyon ve uzun süre ayakta durma, gebelikte yorgunluğa neden olan faktörlerdendir. Genellikle bu sorun birinci trimesterin sonlarına doğru azalarak 20. gebelik haftası sonrası ortadan kalkar. Yapılan çalışmalarda gebelerin yarısından çoğunun uyku kalitesinin kötü olduğu ve genel uyku bozukluğu yaşadığı görülmüştür (Babadağlı 2003; Demiryay 2006; Taşkın 2012; Güler 2013; Komalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.1.4 Sık idrara çıkma**

Gebelikte uterusun büyümesi sonucu mesaneye baskının artması gebeliğin özellikle birinci ve üçüncü trimesterinde sık tuvalete gitme ihtiyacını artırır. Birinci trimesterde progesteron hormonuna bağlı kaslarda gevşeme, östrojene bağlı pelvik bölgelerde ve mesanede kanlanmanın olması sık idrara çıkmamanın bir diğer nedenidir. Bu semptom, gebeliğin 12. haftasında sonra uterusun pelvis dışına çıkıp abdominal kaviteye doğru ilerlemesiyle azalırken, son trimesterde büyüyen uterusun pelvise yerleşerek tekrar mesaneye baskı yapmasıyla yeniden ortaya çıkar (Demiryay 2006; Çakır Koçak 2007; Altundaş 2009; Taşkın 2012; Komalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.1.5. Memelerde hassasiyet**

Gebeliğin ilk belirtilerinden biridir. Estrojen ve progesteron düzeyinde artma, meme uçlarının duyarlılığının artmasına ve memelerde sızlama ve acı duymasına neden olur. Meme uçları ve areola koyulaşır, montgomeri glandları gelişir ve yüzeysel venler belirginleşirken alveol dokusunun artmasıyla büyür. Gebelik boyunca laktasyona hazırlanır. Bu belirti gebeliğin erken dönemlerinde başlar, birinci trimesterin sonlarına doğru hassasiyet azalır ve gebelik sürecinin sonuna kadar devam eder (Özçelik 2010; Taşkın 2012; Şahin 2015; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.1.6. Pityalizm**

Pityalizm (salya üretiminde artma), gebelikte nadiren görülen bir durum olmakla birlikte nedeni tam olarak bilinmemektedir. Ancak gebelik döneminde görülen

psikolojik değişiklikler salya üretimini arttırabilir (Taşkın 2012; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.1.7. Palmar eritem**

Palmar eritem ya da palmar pruritis, gebeliğin erken dönemlerinde görülen gebeliğin fizyolojik vasküler değişikliklerindedir. Genellikle alerji ile karıştırılabilen bu rahatsızlık kadının avuç içlerinde kırmızılık ve kaşıntıya neden olmaktadır. Simetrik olarak ortaya çıkan bu durum çoğu kez asemptomatiktir. İlk trimesterde ortaya çıkıp doğumla beraber kaybolan bu tablonun gebelikte estrogen düzeyindeki yükselme sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. Gebeliğin ilerlemesiyle metabolizmanın artan estrojene uyum yapması ile bu belirtiler ortadan kalkar (Taşkın 2012; Mecdi ve Rathfisch 2013).

#### **4.2.1.8. Vajinal akıntıda artma**

Vajinal akıntıda artma (lököre), gebelikte yaygın görülen rahatsızlıklardan biridir. Gebelikte vajinal mukozanın hiperplazisi, estrogen düzeyinin yükselmesi, serviks/vajinal epitele kan desteğinin artmasıyla endoservikal glandlar tarafından mukus üretiminin artması, vajinal akıntının artmasına neden olur. Vajinal akıntı renksiz ve kokusuzdur ve kaşıntıya neden olmadığı için rahatsızlık vermez. Ancak vajinal akıntının asiditesinin artması, kandida albicans gelişimini uyarır ve monial vajinitise yatkınlığı arttırır. Bu nedenle vajinal akıntının enfeksiyon belirtileri yönünden izlemesi önemlidir (Babadağlı 2003; Özçelik 2010; Taşkın 2012; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.1.9. Abdominal rahatsızlık**

Abdominal bölgede büyüyen uterus nedeniyle basıncın artması abdominal rahatsızlığa neden olmaktadır. Bu rahatsızlık tekil gebeliklerde erken döneminde görülürken, çoğul gebeliklerde gebelik süresince devam etmektedir (Taşkın 2012; Kamalak 2015).

## **4.2.2. Geç Dönem Rahatsızlıklar (İkinci ve nc Trimester)**

### **4.2.2.1. Mide yanması**

Mide yanması (pirozis), gebelerin yarısından çoğunun yaşıdığı, özellikle son trimesterde daha belirgin olarak ortaya çıkan rahatsızlıklardan biridir. Gebelikte büyüyen uterusun mideye baskı yapması, artan progesteron düzeyinin gastrointestinal sistemde peristaltik hareketleri yavaşlatması ve midenin daha geç boşalmasına neden olur. Fizyolojik değişiklerin yanı sıra bazı psikolojik faktörler, endişe, yorgunluk ve beslenme bozukluğu da mide yanmasına neden olabilir (Demiryay 2006; Taşkın 2012; Kamalak 2015; zorhan 2016).

### **4.2.2.2. İŞtahta artma**

Gebeliğin baŐlangıcından itibaren hormon seviyelerindeki yükselme ile birlikte iştahta artma görülür. Bu durum hormon değişikliklerin en fazla olduğu birinci trimesterde daha sık görülürken, gebenin bulantı ve kusması fazla olması iştahta azalmaya neden olur. İkinci ve nc trimesterde iştahta artma devam eder. Gebelikte bazen besin ve besin değeri olmayan maddeleri yeme isteği aŐerme (pica) oluşabilir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte beslenme bozukluğu ya da psikolojik problemler olabileceği belirtilirken, sıklıkla anemi veya demir eksikliğinden oluŐtuėu da düşünülmektedir (Demiryay 2006; Taşkın 2012; Kamalak 2015).

### **4.2.2.3. Ayak bileklerinde dem**

Son trimesterde gebelerin üçte ikisinde alt ekstremitelere dem görülür. Büyüyen uterusun vena kava inferiora baskı yapması, uzun süre oturma ya da ayakta durma, hareket azlığı, sıkı giysiler, kapiller permeabilitenin artması, variköz venler, alt ekstremitelere venöz dönüşün engellenmesi, bacaklarda venöz basıncın artmasıyla sodyum ve su retansiyonu demnin baŐlıca nedenleridir. Yapılan çalışmalarda ayaklarda dem oluşmasının en büyük nedeninin variköz venler olduğunu göstermektedir. Alt ekstremitelere ödeme, ellerde ve yüzde yaygın

ödemin eşlik etmesi preeklamsi ve eklamsinin ilk belirtilerinden biri olduğu unutulmamalıdır. Postural orijinli olmayan ödem ile proteinüri ya da hipertansiyonla birlikte ayak bileğinde ödemin görüldüğünde gebe kadın gebelik hipertansiyonu yönünden değerlendirilmelidir (Babadağlı 2003; Babadağlı 2008; Özçelik 2010; Taşkın 2012; Güler 2013; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.2.4. Varikoz venler**

Gebelik sırasında eritrosilerin hızlı yapımına bağlı olarak gebelikte kan hacminin artması ve uterusun büyümesi alt ekstremitelere venöz dönüşün engellenmesine neden olur. Bu rahatsızlıklar ikinci ve üçüncü trimesterde ortaya çıkar ve her gebelikte ilerleme eğilimi gösterir. Bacakta ağırlık hissi, ısı artışı, sızı şeklinde ağrı, karıncalanma ve kramplara neden olan varikoz venler; diz arkasında, alt ekstremitede yoğun olarak görülürken nadir olsa da labia majör ve vajinada da görülmektedir. Gebelikte progesteron hormonunun gevşetici etkisi, kalıtsal faktörler, aşırı kilo alımı, uzun süre ayakta kalmayı gerektiren işlerde çalışma, çoğul gebelik, iri fetüs ve konstipasyon variköz venlerin yatkınlığı artırmaktadır. Özellikle yapılan çalışmalarda varikoz ven oluşmasının nedenleri arasında, ileri gebelik yaşının da etken olduğunu göstermektedir (Demiryay 2006; Babadağlı 2008; Altundaş 2009; Taşkın 2012; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.2.5. Hemoroidler**

Hemoroid; anüs ve rektumun alt ucundaki venlerin genişlemesidir. Hemoroid internal ve eksternal olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkar. İnternal hemoroidlerde defakasyonla birlikte genellikle kanamaya olurken, eksternal hemoroidler ağrı ve kanamaya neden olmaz. Gebelikte hemoroid, sızlama, şişme, kaşıntı, ağrı ve hemoroidal kanama belirtilerini gösterir. Yapılan çalışmalarda hemoroidin en büyük nedeninin konstipasyon olduğu, progesteronun damar düz kaslarına olan gevşetici etkisi, fetüsün büyümesiyle birlikte venler üzerindeki basıncın artması, venöz sirkülasyonun engellenmesi, barsakların yer değiştirmesine bağlı olarak da hemoroid gelişebildiği bildirilmiştir. Gebelikte ve doğumda ortaya çıkan hemoroidler genellikle postpartum dönemden sonra kaybolur (Demiryay 2006; Babadağlı 2008; Özçelik 2010; Güneştaş 2011; Taşkın 2012; Kamalak 2015; Özorhan 2016).



#### **4.2.2.6. Gaz**

Gebelikte progesteron hormonun düz kasların üzerine gevşetici etkisi nedeniyle gastrointestinal motilite azalır, büyüyen uterusun kalın barsaklar üzerine baskısı artar, barsakların boşalması gecikir ve hava yutulması neden olur. Bu nedenle mide ve bağırsaklarda gaz oluşmaktadır. Ayrıca düzensiz beslenme alışkanlığı ve düzenli egzersiz yapılmaması, gebenin gaz sorunları yaşamasına neden olmaktadır (Özçelik 2010; Taşkın 2012; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.2.7. Konstipasyon**

Gebelikte kadınların yarısından çoğunda ve geç dönemde sık görülen bir sorundur. Gebelikte artan progesteron hormonunun bağırsak düz kaslar üzerinde relaksasyon ve azalmış motilin etkisi ile bağırsak pasajı yavaşlar. Bağırsak pasajının yavaşlamasıyla bağırsak içeriğinin sıvısı fazlaca geri emilir. Bu nedenle içeriğin katı olmasına ve konstipasyona yol açar. Progesteron hormonu dışında büyüyen uterusun ve fetüsün barsaklar üzerine ve gastrointestinal sistem lümenine bası yapması, yetersiz sıvı alınması ve beslenme alışkanlığı, demir ve kalsiyum preparatlarının kullanılması nedeniyle konstipasyon oluşabilir (Babadağlı 2003; Demiryay 2006; Aygün ve Kumbak Aygün 2010; Taşkın 2012; Güler 2013; Kamalak 2015).

#### **4.2.2.8. Sırt ağrısı**

Multiparlarda sırt ağrısı daha belirgin görülmekle birlikte, gebelerin çoğu sırt ağrısı yaşamaktadır. Büyüyen uterusun lumbo-sakral vertebra eğimini artırması, progesteron hormonunun artması ile eklemlerdeki kartilaj dokunun yumuşaması, yorgunluk, sarkık karın ya da karın duvarındaki zayıflık, vücut mekaniğinin uygun kullanılmaması, kilo alımı sırt ağrısına neden olmaktadır. Ayrıca son trimesterde sakro-iliak eklemenin yükünün artmasıyla oluşan bel sırt ağrıları ve oluşan postür değişikliği nedeniyle de eklemlerde ağılar görülür (Babadağlı 2003; Çakır Koçak 2007; Altundaş 2009; Taşkın 2012; Kamalak 2015).

#### **4.2.2.9. Kas krampları**

Gebelikte ağrılı spazmlar olarak ortaya çıkan kas krampları, günün her saatinde görülebildiği gibi, geceleri uyku süresince daha yoğun yaşanır ve ikinci ve üçüncü trimesterde daha çok görülür. Kas kramplarına; ayağın uzun süre ekstansiyonda kalması, yetersiz kalsiyum ve magnezyum alımı, serum kalsiyum düzeyinin düşmesi, fosfor düzeyinin yükselmesi, büyüyen uterusun bacakları inerve eden pelvik sinirlere baskısının artmasıyla dolaşımın bozulması, yorgunluk, fazla miktarda süt ya da kalsiyum fosfat içeren ilaçların alınması neden olmaktadır (Babadağlı 2003; Taşkın 2012; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.2.10. Solunum sıkıntısı**

Uterusun büyümesiyle diyaframa yaptığı basınç ve oksijen tüketiminin artmasıyla özellikle son trimesterde sık görülen rahatsızlıklardan biridir. Gebelikte akciğerlerde hormonal değişiklikler nedeniyle havayollarında dilatasyonunun ortaya çıkması hava akımına rezistans azaltır, göğüs duvarının elastikiyeti artırır ve nefes alma kolaylaşır. Böylece gebelikte artan oksijen ihtiyacı karşılanmış olur. Primigravidalarda gebeliğin son haftalarında fetüs pelvise yerleştiği için solunum sıkıntısı azalır (Babadağlı 2003; Kamalak 2015; Şahin 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.2.11. Uyuma güçlüğü**

Gebelikte fiziksel ve hormonal değişikliklerin meydana gelmesi, gebelik sürecinde her trimesterde uyku sorunları yaşamasını neden olmaktadır (Özkan 2012). Gebeliğin ilk trimesterinde bulantı, kusma, sırt ağrısı, sık idrara çıkma, mide yanması ve göğüslerde gerginlik nedeniyle sık uyku bölünmesi görülürken, bu belirtiler gestasyonun 10. haftasından itibaren azalır. Böylece gece uykuları düzene girer (Dalak 2010; Özkan 2012). İlk iki trimestere göre üçüncü trimesterde uyku kalitesi daha kötüdür ve üçüncü trimesterde büyüyen uterus, hareketli fetüs, sık idrara çıkma, yorgunluk, kilo alma, huzursuz bacak sendromu, sırt ağrısı, nefes darlığı ve bacak krampları nedeniyle uykularının daha rahatsız olması, gece uyanmalarının artması uyuma güçlüğüne neden olmaktadır. Bu sorun, psikolojik nedenlere bağlı olarak da görülebilir (Demiryay 2006; Taşkın 2012; Şahin Köybaşı 2013).

#### **4.2.2.12. Round ligament ağrısı**

Gebelikte uterusun büyümesi, round ligamentlerde gerilmeye ve hipertrofiye neden olur. Round ligament ağrısı, simfisiz pubisin sağ ve sol tarafında ani ve keskin bir ağrı hissetmesi ile ortaya çıkar. Kadının oturur ya da yatar pozisyondan hızlı bir şekilde ayağa kalkması gibi ani ve beklenmedik pozisyon değişiklikleri sonucunda da round ligament ağrısı gelişebilir (Babadağ 2003; Taşkın 2012; Kamalak 2015; Özorhan 2016).

#### **4.2.2.13. Karpal tünel sendromu**

Gebelikte ödemin oluşmasıyla el bileğinde median sinire (nervus medianus) baskı oluşturur. Genellikle ellerin aktif kullanılması sonucu bileteral olarak ortaya çıkar. Küçük parmak dışında kalan parmaklarda uyuşma, bilekten kola doğru uzanan ani ve keskin ağrı, parmaklarda yanma hissi, özellikle sabahları görülen kısmi şişlik ve el krampları, başparmakta güç kaybı, uykudan el ve bilek ağrısı ile uyanma şikayetleri görülür. Yapılan çalışmalarda kadınların yaklaşık dörtte birinde karpal tünel sendromu ile başvurdukları ve başvuran gebelerin yaklaşık dörtte üçünün hafif seyirli olduğu görülmüştür (Babadağ 2003; Nazik 2005; Taşkın 2012; Kamalak 2015).

#### **4.2.2.14. Baş ağrısı**

Gebelik döneminde sık karşılaşılan rahatsızlıklardan biri olan baş ağrısı yoğun olarak birinci ve üçüncü trimesterde görülmektedir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte gebelikte oluşan hormonal değişiklikler, kan volümünün artması, kardiyak sfinkterinde gevşeme, sindirim sisteminde motilite azalması, uykusuzluk, yorgunluk, stres ve duygusal gerginlikler, ruhsal dalgalanmalar ve gerilimler olduğu düşünülmektedir. Gebelikte baş ağrısı şikayetinde tansiyon mutlaka kontrol edilmeli, şiddetli ve tedavi ile geçmeyen baş ağrısı preeklampsi ve eklampsi durumu düşünülmelidir (Demiryay 2006; Kamalak 2015).

#### **4.2.2.15. Braxton hicks kontraksiyonları**

Gebeliğin erken dönemlerinden itibaren ortaya çıkan yalancı doğum ağrıları olarak da bilinen braxton hicks kontraksiyonları, uterusun belirli aralıklarla kasılıp gevşemesidir. Doğum öncesi dönemde görülen kasılmalar düzensiz ve ağrısızdır. Ancak, bazen kasılmalar menstrual kramp tarzındaki hafif ağrı şeklinde hissedilebilir. (Arda 2007; Taşkın 2012; Özorhan 2016).

### **4.3. GEBELİKTE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER**

Gebelik fizyolojik bir olay olmasına rağmen psikolojik değişimlerin ortaya çıktığı, kadın rolünden annelik rolüne geçişin başladığı, yaşamın yeni bir evresidir (Coskuner Potur 2003). Gebelik kadının kimliğine ayrı bir nitelik katar (Ataman 2007). Kadının gebeliğe uyumu, kişisel ve geçmiş yaşam deneyimlerini içinde barındırır ve bunun etkileri tüm hayatı boyunca devam eder (Ataman 2007). Bu deneyimler; çocukluk anıları, annesiyle yaşam deneyimleri, kadınlık rolünü algılayışı, benlik kavramı, daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller (kardeş bakma vb.), çevresinde bulunan olumlu veya olumsuz rol modelleri, gebeliğini planlama ve isteme durumu, gebeliği kadınlığın bir kanıtı olarak görme, ailedeki mutluluk düzeyi, rol çatışmaları, anneliğe hazırlık durumu gebeliğe durumu, evlilikle ilgili sorunlar, kadının kültür düzeyi, inanç ve tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, yaşam felsefesidir. Ayrıca daha önceki gebeliğin çoğul gebelik olması, sık doğum yapması, mekân değişikliği, iş kaybı ya da değişikliği, sosyo-ekonomik durumu, yeni bir hastalık durumu, riskli gebelik, önceki doğumda travma yaşanmış olması gibi faktörlerde gebeliğe uyumu etkileyen diğer faktörlerdir (Babadağlı 2003; Güneştaş 2011; Şahin 2015; Hancıoğlu Aytac 2017).

#### **4.3.1. Birinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler**

Birinci trimester, kadının gebe olduğunu öğrenmesiyle yeni duruma, koşullara ve gebe kaldığı gerçeğine uyum sağladığı dönemdir (Ataman 2007; Pişirgen 2011; Sözeri 2011; Güler 2013). Gebe olduğunu öğrenmesine rağmen kendini gebe olduğu düşüncesine adapte etmekte zorlanır ve kendisine odaklanır. Bu dönemde kadın daha önceki aktivitelerle daha az ilgilenebilir ve yalnız kalmayı tercih edebilir (Hancıoğlu

Aytaç 2017). Gebenin beden imajında değişimler yavaş yavaş ortaya çıkar ve süre ilerledikçe bu değişimler gebeyi olumlu ya da olumsuz yönde etkiler (Özorhan 2012). Birçok gebe kendi benliğiyle gebe bir kadın olma durumunu bağdaştıramaz (Ataman 2007).

Anne adayları bu dönemde kendilerini nelerin beklediği, gebeliğin yaratacağı güçlükler ve gereksinimler konusunda endişelidir (Sözeri 2011). Bu nedenle, anne adayı bir yandan bebeğini kucağına alma umudu yaşarken bir yandan da korku endişe duyar (Ataman 2007; Hancoğlu Aytaç 2017). Özellikle plansız gebeliklerde doğum sonu sorumlulukların artacak olması, anne rolünü üstlenmede zorluklar yaşaması, doğumun ve bebeğin aileye maddi yük getireceği düşünceleri anne adayının daha fazla kaygı yaşamasına neden olmaktadır (Güneştaş 2011; Güler 2013). Özellikle anne adayı, gebelik sürecini düşünerek kaygı, korku, endişe yaşarken, eşi tarafından beğenilmeme, çekici bulunmama korkusu da yaşayabilir. Gebe kadın, çevresinde bulunan ve onun için önem taşıyan kişiler tarafından, özellikle eşinin, gebeliğinin kabul görmesini ve istendiğinden emin olmak ister. Gebeliğinin kabul görmesi kadının kendisi ve bebeği için aitlik duygusunun göstergesidir (Güneştaş 2011; Yıldız Çiltaş 2015). Çiftler tarafından istenen gebelik durumunda mutluluk, haz, doyum gibi duyguları daha fazla yaşanır (Daloğlu 2012).

Menstruasyonun kesilmesiyle birlikte mide bulantılarının ortaya çıkması, halsizlik, uykusuzluk, yorgunluk, iştahta değişiklik, dikkatte azalma ve libido azlığını gibi şikayetlerin olması kadının hasta olamadığı halde kendisini iyi hissetmemesine neden olmaktadır. Diğer taraftan bu dönemde, sağlıklı olduğunu ve gebeliğinin iyi gittiğini bilmek ister (Güler 2013). Annelik düşüncesi bazen çok çekici gelirken bazen de gebelikteki olağan rahatsızlıkların artmasıyla bebeğin suçlanmasına ve dolayısıyla annenin böyle düşündüğü için kendini suçlamasına sebep olabilir. Bu durum anne adayının ambivalan duygular yaşamasına neden olmaktadır (Ataman 2007; Höbek Akarsu 2016; Gümüşay 2016). Neşeden hüzne geçiş gibi ani değişimlerin yaşandığı duygusal dalgalanmalara ruhsal çatışmalar katılmaya başlar (Ataman 2007; Höbek Akarsu 2016). Anne adayı bu dönemde hem yaşadığı rahatsızlıklarla baş etmeye hem de gebeliğin varlığını kabullenmeye çalışır (Pirişgen 2011; Yıldız Çiltaş 2015).

Gebenin birinci trimesterin sonunda gebeliği kabul etmesi ve mutluluk duyması, fiziksel rahatsızlıkları tolere etmesi, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusu, özgüven ve umut duygularının varlığı kadının gebeliği

kabullendiğini ve uyum sağladığını göstermektedir (Özçelik 2010; Evrenol Öçal 2011; Hancıoğlu Aytaç 2017).

#### **4.3.2. İkinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler**

İkinci trimester, annenin ve çocuğun vücutlarının birbirine uyum sağladığı bir denge dönemidir (Güler 2013). Anne adayının bu dönemde bulantı-kusma, yorgunluk gibi fiziksel rahatsızlıkları azalmış, gebeliğe uyum sağlamış ve fetüsün hareketlerini hissetmesiyle bebeği ile iletişim ve psikolojik bağ kurmaya başlamıştır (Özçelik 2010; Sözeri 2011; Höbek Akarsu 2016). Bu dönemde anne adayı bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye isteklidir. Bebeği ile ilgili hayaller kurar, çevresinden kopup bebeği ile bütünleşmek ister (Em 2011). Ayrıca annenin başarması gereken, uyum sağladığını gösteren en önemli durum, artık fetüsün kendisinden ayrı bir varlık olarak görmesidir (Evrenol Öçal 2011). Gebenin fetüsün korunmasıyla ilgili endişe yaşaması, kendini pasif hissetmesine ve içe kapanmasına neden olabilir (Sözeri 2011; Hancıoğlu Aytaç 2017). Bu dönemde gebeliğin ilerlemesiyle fiziksel açıdan hızlı ve yoğun bir şekilde değişime uğraması, kilo alması, uterusun görünür boyutta büyümesi, belinin kalınlaşması, göğüslerde değişimlerin meydana gelmesi kadının beden imajı algısını olumsuz etkileyebilir (Sözeri 2011; Hancıoğlu Aytaç 2017).

İkinci trimesterde anne adayı; gebeliğe uyum, ruhsal durum ve anksiyete değişiklikleri, fetal gelişim hakkındaki duygu ve beklentileri, bedenindeki değişiklikler ve beden imajı hakkındaki duyguları, fetüse bağlılığı, eşi ya da onun için önemli diğer kişilerle ilişkileri, cinsellik (endişe ve sorunları), ailesi ve işiyle ilişkisi, nörovejetatif işaretler (uyku düzeni, iştah, enerji ya da motivasyon), gebelik deneyimi, korku ve inançları yönünden değerlendirilmelidir (Evrenol Öçal 2011).

#### **4.3.2. Üçüncü Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler**

İkinci trimesterde azalan şikâyetler fetüsün büyümesine paralel olarak farklı şekillerde ortaya çıkar (Özçelik 2010; Güneştaş 2011). Değişen beden imajı bu aylarda daha da belirginleşmiş ve kadın kendini beğenmez (Ataman 2007). Bu dönemde kadın çabuk yorulmasından, hareket kısıtlılığından, bebeğini koruma duygusundan dolayı evden yalnız çıkmaya korkabilir, kızgınlığı ve saldırganlığı artabilir (Em 2011; Güneştaş 2011; Güler 2013; Höbek Akarsu 2016). Gebeliğin

ilerlemesiyle birlikte günlük yaşama uyum sorunu yaşayan kadın; fiziksel rahatsızlıkların yeniden ortaya çıkmasıyla gebelikten nefret eder ve gebeliğin hemen sonlanmasını ister. Öte yandan, gebeliği benimsediği için doğumla bebeğinden ayrılmayı da istemez. Bu nedenle ikinci trimesterde azalan ambivalan duygular bu dönemde yeniden ortaya çıkabilir (Güler 2013; Yıldız Çiltaş 2015; Höbek Akarsu 2016; Gümüşay 2016).

Bu dönemde primiparların çoğunda bilinmezlik, multiparlarda ise bazı şeyleri doğru olmayacağı korkusu vardır (Hancıoğlu Aytaç 2017). Anne adayının doğum için hazırlıklarını yaptığı bu süreç, doğum ve doğum sonrası için oldukça önemlidir (Güneştaş 2011; Evrenol Öçal 2011). Doğumun yaklaşmasıyla bebeğini kaybetme ya da zarar görmesi, doğum eylemine ilişkin korku ve kaygıları, kendini kontrol edememe, beden ve duygusal denetim endişesi, doğum eyleminde ölme korkusu görülürken, doğum sonrasına ilişkin bebeğin bakımı ve annelik rolüne adaptasyon sağlamaya yönelik endişeleri de görülmektedir (Sözeri 2011; Pişirgen 2011; Güneştaş 2011; Em 2011; Yıldız Çiltaş 2015; Hancıoğlu Aytaç 2017). Son aylarda fiziksel rahatsızlık ve gebeliğin artan yükü nedeniyle hem fiziksel hem de yaşadığı duygusal dalgalanmalar nedeniyle psikolojik açıdan sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar, özellikle eşinin desteğini isterler. Bebeğinin eşi ve diğer aile fertleri tarafından kabul görmesi son derece önemlidir. Bebeği reddedilen kadın, kendisini reddedilmiş hisseder (Güler 2013; Hancıoğlu Aytaç 2017).

#### **4.4. GEBELİKTE PRENATAL DİSTRES**

Prenatal distres terimi, gebelikte sıklıkla duysal ve mental açıdan olumsuz psikolojik olaylar için kullanılır. Prenatal distres; stres, anksiyete ve depresyonu kapsar ve gebelikte yaygın olarak görülür. Depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi zihinsel sağlık bozukluklarının ötesine geçen geniş bir sağlık alanını kapsamaktadır. Gebeliğin psikolojik durumunu ölçmek için yaygın olarak kullanılan stres, anksiyete ve depresyon riski altında olan kadınları tanımlamak için kullanılır. Prenatal distresin komponentlerinden olan stres, anksiyete ve depresyon prevalansı, sırayla %31, %28 ve %12 olarak tahmin edilmektedir (Togher ve ark.2017).

Gebelik döneminde kadınların mental distres yaşaması, gebelik sırasında önemli derecede maternal distres yaşamasına ve olumsuz doğum sonuçlarına neden

olmaktadır. Ayrıca prenatal distres fetal gelişimi etkileyerek kısa ve uzun süreli hastalık riskini arttırmaktadır (Lobel ve ark. 2008; Togher ve ark. 2017).

İngiltere'de gebelik süresince psikolojik distres genellikle klinik olarak depresyon ve/veya kaygı olarak tanımlanmaktadır. Hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılır ve sadece şiddetli vakalarda ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirilir. Hafif ve orta düzeydekiler ise birinci basamak sağlık hizmetine yönlendirilmektedir. Bununla birlikte, hafif ve orta düzeyde psikolojik distres yaşayan gebelerin psikososyal deneyimleri hakkında çok az şey bilinmektedir. Kişilerin geçmiş yaşamları, önceki doğum deneyimleri, psikolojik durumları ve gebelik hakkındaki endişeleri psikolojik distres oluşumunu etkileyen faktörlerdendir. Hafif ve orta derecedeki psikolojik distres gebe kadınlar için yıpratıcı olabilir. Bu kadınların klinikte tanınması, multidisipliner bir yaklaşımla gerekli sağlık bakımının verilmesini gerektirir (Furber ve ark. 2009).

#### **4.4.1. Gebelikte Stres**

Gebeliğe özgü stres, annelik korkuları ve gebelikle ilgili endişelerini kapsar. Gebenin doğum ve bebek ile ilgili endişeleri, gebelikteki vücut imajı, eşi ve çevresiyle olan ilişkilerinde meydana gelen değişiklikler nedeniyle ortaya çıkar (Alderdice ve Lynn 2011).

Gebelik dönemi kadının yaşamında; fizyolojik, psikolojik ve sosyal alanların tümünde değişimlerin yaşandığı ve bununla birlikte aile üyelerinde yeni rol değişimlerinin ortaya çıktığı bir süreçtir. Kadının bu süreçte birçok değişimler yaşanması ve bu değişimlere uyum sağlamaya çalışması oldukça zordur. Kendi bakımına doğum sonrası bebeğin gereksinimlerini karşılama çabasının eklenmesi, gebenin belli düzeyde stres yaşanmasına neden olmaktadır (Dağlar 2014; Yıldırım ve Korkut 2015) Gebelikte yaşanan stresin en önemli nedenlerinin başında bebeğin sağlık durumu gelmektedir (Tekgöz ve ark. 2009; Altınçelep 2011).

Gebelikte algılanan stresin derecesi her kadında farklıdır. Gebelik ve anneliğe hazırlanma süreci, çevrenin kadından iyi bir anne olmasına ilişkin beklentileri, planlanmamış gebelik, günümüz yaşam ve çalışma koşulları gibi nedenler gebelerin fazla stres altında kalmalarına neden olan faktörlerdir (Altınçelep 2011). Ayrıca istenmeyen gebelik, yetersiz sosyal destek, doğum korkusu ve riskli gebelik kadın için stresli bir dönem oluşturmaktadır (Yıldız Çiltaş 2015).



Lynn ve arkadaşları stres düzeylerine etki eden faktörler olarak ilk gebelik, erken yaşta gebelik ve bir önceki gebelikte düşük öyküsü gibi olumsuz obstetrik öykü varlığı durumlarında gebelerin ortalama stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Lynn ve ark.2011).

Gebelikte stres; plasenta ve annenin hipofiz-adrenal eksenini uyararak erken doğuma neden olurken, aynı zamanda term bebeklerin düşük doğum ağırlıklı doğmasını neden olabilmektedir (Tekgöz ve ark. 2009; Altınçelep 2011).

#### **4.4.2. Gebelikte Anksiyete**

Anksiyete, gerçekte bir tehlikenin var olmadığı, ancak olası bir tehlikenin yaklaştığı sezildiğinde, insanda oluşan duygudur. Kadın için gebeliğin varlığı, anneliğe uyum süreci, dokuz ay boyunca süren gebelik sonucunda bebeğini sağlıklı bir şekilde kucağına alma isteği kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır. Anksiyete gebelik sürecinde; gebeliğe ve perinatal stresörlere bağlı olarak ortaya çıkar (Taşkın 2012; Boybay Koyuncu 2013).

Gebelerde, eğitim düzeyinin düşük olması, mutsuz bir evlilik, perinatal stressörler, bebek için gerekli tıbbi koşulların bulunmaması, olumsuz hayat koşulları, gebenin kendi aileleriyle ilgili sıkıntıları, düşük sosyo-ekonomik durum, doğum sayısı, ilk gebelik ve doğum sayısı 3 ve üzeri olan kadınlar, iki doğum arasındaki sürenin uzaması, planlanmamış gebelik, daha önce düşük yapma durumu, 30 yaş üzeri gebeliklerde anksiyete görülme oranının arttığı tespit edilmiştir (Tekgöz ve ark. 2009; Boybay Koyuncu 2013).

Gebelik sürecinde ortaya çıkan anksiyete doğum eylemi ve doğum sonrası dönemde anne-bebek sağlığı için olumsuz sonuçlar oluşturur (Taşkın 2012; Boybay Koyuncu 2013). Gebelikte görülen fizyolojik değişikliklerin çoğu anksiyete semptomlarına benzer, bu nedenle anksiyete bozukluklarının gebelikte ayırt edilmesi zor olabilir (Boybay Koyuncu 2013).

Gebelerde anksiyetenin, preterm eylem, haftasına göre düşük doğum ağırlığı ve polihidramnios gelişimi ile ilişki olduğu, ayrıca değişken APGAR skorları, fetal hemodinami ve hareket bozuklukları, erken membran rüptürü, servikal diskinezi, sezaryen doğuma neden olduğu belirtilmiştir. Gebelikte anksiyete varlığında bulantı, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi somatik problemlerin, normal gebelere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Altınçelep 2011; Boybay Koyuncu 2013).

Yapılan araştırmalarda gebelerin 2/3'ünde anksiyete yaşadığı görülmüştür. Primagravidalar multigravidalara göre anksiyete düzeyi daha yüksektir. Gebeliğin erken döneminde yoğun anksiyete yaşayan gebelerde, gebeliğe bağlı hipertansiyon ve preeklampsi yaklaşık 3 kat daha fazla grlmektedir (Çakır ve Can 2012; Yücel ve ark. 2013).

#### **4.4.3. Gebelikte Depresyon**

Depresyon bireyin yaşama isteği ve zevkinin kaybolduğu, kendisini değersiz, mutsuz, derin bir keder içerisinde hissettiği, ilgi duyduklarına karşı ilgi duymadığı, yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı, uyku, yeme problemleri ve cinsel isteksizlik gibi şikyetlerinin olduğu hüzünlü bir duygu halidir. Kişinin, hareket ve konuşma hızında yavaşlama, dikkat dağınlıklığı ile kendini gösteren ruhsal bir hastalıktır. Depresyondaki kişiler, kendisinin geleceğe ilişkin kötümser, umutsuz, karamsar düşüncelere sahip olduğunu belirtirken, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygusu gibi düşüncelerinin olduğunu belirtir. Bu durum bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve ölümle sonuçlanabilir (Sevindik 2005; şahsivar 2007; Boybay Koyuncu 2013; Satı Kırkan 2014).

Yaşam boyunca depresyon oranı kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazladır. Özellikle gebelik dönemi ve postpartum dönemde meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişiklikler kadınlarda depresyona yatkınlığı artırabilmektedir (Boybay Koyuncu 2013; Akbaba 2016).

Gebelik ncesi duygu durum bozukluğu görülen kişilerde gebelikte depresyon görülme riski yüksektir. Gebelik sırasında depresyon riskinde demografik ve psikososyal faktörlerin etkisi vardır. Bu faktörler, daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, kürtaj olma, erken gebelik yaşı, tek başına yaşamak, çok sayıda ocuk sahibi olmak, yetersiz sosyal destek, evlilik sorunları, istenmeyen gebelik, yakın zamandaki olumsuz hayat olayları, düşük yapma, ölü doğum öyküsü, plansız gebelik, eğitim ve gelir seviyesinin düşük olması, evdeki rolü ve sorumluluklar ile artan iş yükü, ailede doğacak ocuk hakkındaki endişe, riskli gebelik, hastanede yatma, usun süre yatak istirahati, madde bağımlılığı (alkol ve sigara dahil), gebelik öncesinde iki ya da daha fazla kronik hastalık öyküsünün bulunması depresyon varlığını arttırmaktadır (şahsivar 2007; Daloğlu 2012; Boybay Koyuncu 2013; Yücel ve ark. 2013; Gelenbe ztrk 2017).

Ayrıca gebelikte fiziksel ve duygusal travmalar, viral enfeksiyonlar, stres, kronik hastalıklar, oral kontraseptif kullanma, bazı sedatif ilaçlar psikososyal sorunların ortaya çıkmasında rol oynayan çevresel faktörlerdir. Çevresel faktörler gebelik depresyonun oluşmasında tek başına rol oynamayıp genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır (Boybay Koyuncu 2013).

Yapılan çalışmalarda depresyona bağlı olarak gebelerde erken doğum görülme, prenatal kortizol düzeylerinin yükselme, preeklampsi, fetüsün büyüme hızının daha yavaş olması, spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterin arter rezistansı, düşük APGAR skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma gibi komplikasyonlar görülmektedir. Ayrıca depresyon, sezaryen veya forseps gibi müdahaleli doğumlar, doğumun normalden daha ağırlı olması ve bundan dolayı da daha çok epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi durumlarla da ilişkili bulunmuştur (Şahsivar 2007; Boybay Koyuncu 2013).

## **4.5. SOSYAL DESTEK**

### **4.5.1. Sosyal Destek Kavramı**

Literatürde çoğunlukla sosyoloji alanında yer alan sosyal destek, 1950'li yıllarda bireyin ruh sağlığı ve bedensel sağlığını koruma işlevleri üzerine çalışmaların başlamasıyla hız kazanarak sağlık alanında da yer alamaya başlamıştır (Karataş 2010; Olçay 2016).

Sosyal destek kavramının kuramsal temeli Kurt Lewin'in Alan Kuramı ve Davranış Tanımına dayanmasıyla başlar. Lewin (1954), kişinin tüm gereksinimleri ile onun gereksinimlerine ilişkin algıladığı psikolojik çevreyi, yani yaşam alanını "o birey için aynı anda aynı yerde mevcut bulunan birbirine dayalı olguların tümü" olarak, davranışı da insanın yaşam alanının bir fonksiyonu olarak değerlendirir. Sosyal destek kavramın temelleri Caplan (1974), Cobb (1976) ve Cassel(1976) tarafından atılmıştır (Binar 2011; Gümüş 2015; Olçay 2016).

*Caplan (1974)*, ihtiyaç duyulduğunda sosyal desteğin, insanların duygusal ve stres yaratan sorunlarıyla baş etme, kendi psikolojik kaynaklarını harekete geçirici,

kişinin araçsal ya da bilgisel rehberlik sağlayıcı, para, zaman ve çaba gibi yardımların kullanılmasında kişiye yol gösterdiğini ileri sürmektedir (Dalak 2010; Cihandide 2013; Erdemoğlu 2016).

*Cobb'a (1976)* göre sosyal destek bilgi, bilme durumudur. Sosyal desteğin duygusal önemine değinerek kişinin karşılıklı iletişim içerisinde iş birliğine dayanan, kişinin ilgilenildiği ve bakımının sağlandığı, sevildiği, değer verildiği, saygı duyulduğu, korunduğu, kişiler ağına ait olduğu bilgisinin verilmesi olarak tanımlar (Dalak 2010; Binar 2011; Deveci 2011; Nur Şahin 2011; Cihandide 2013; Olçay 2016).

*Cassel'e (1976)* göre sosyal destek, stresin neden olduğu olumsuz etkilere karşı bireyi koruyan, stresli olay karşısında stresin olumsuz etkisini azaltarak kişiler arasında yarar sağlayan ilişkidir. Başkaları tarafından sağlanan psikososyal destek kaynaklarının varlığı ya da yokluğu olarak tanımlamıştır. Sağlıklı insan neslinin devamı için kişilerarası ilişkinin önemli olduğunu belirterek, zorlayıcı çevresel koşullarda bireyin yaşamında ortaya çıkabilecek sosyal ilişkilerin ve bağların zarar görmesiyle hastalanma riskinin artabileceği hipotezini kurmuştur (Dalak 2010; Cihandide 2013; Cihandide 2013).

#### **4.5.2. Sosyal Destek Türleri**

Sosyal destek türleri ile ilgili çalışan araştırmacılar, zaman içerisinde sosyal destek türlerini birbirlerine benzeyen farklı boyutlarda ele alarak değerlendirmişlerdir. Sosyal destek türleri ile ilgili literatür incelendiğinde sosyal desteğin, duygusal, bilgisel, sosyal ve maddi olarak paylaşım boyutlarının olduğunu söylenebilir. Sosyal destek türlerinin en yaygın tanımı Cohen ve Wills (1985) tarafından yapılmıştır (Binar 2011; Deveci 2011; Nur Şahin 2011; Ak 2014; Candan 2012; Sadık 2014; Gümüş 2015; Erdemoğlu 2016; Olçay 2016; Yıldırım 2017). Buna göre dört sosyal destek türü belirlemişlerdir:

*Duygusal Destek:* Bireyin sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, saygı duyulma, sempati görme, özen gösterilme, korunma ihtiyaçlarını kapsayan destek türüdür. Literatürde ifade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek olarak da adlandırılmaktadır. Empati yapabilen, önemsenen bireyde çevresindeki insanlar tarafından sevildiği, sayıldığı ve anlaşıldığı hissini yaşatan duygular oluşturur. Bu destek tipi, eşi ile anlaşmazlık yaşayan ve zor durumda kalan kişinin, kendisini

önemseyen, anlayışla dinleyen, seven ve hak veren bir insanın varlığına duyduğu destektir (Bınar 2011; Deveci 2011; Nur Şahin 2011; Ak 2014; Sadık 2014; Gümüş 2015; Erdemoğlu 2016; Olçay 2016; Yıldırım 2017).

*Araçsal Destek:* Somut ve maddi yardımları içeren destek türüdür. Parasal yardım, materyal kaynaklar, iş, araç gereç yardımı gibi destekleri içerir. Bu destek tipine; para yardımı, ev işlerinde yardım, çocuk bakımında yardım gibi örnekler verilebilir (Bınar 2011; Deveci 2011; Nur Şahin 2011; Candan 2012; Ak 2014; Sadık 2014; Gümüş 2015; Erdemoğlu 2016; Olçay 2016; Yıldırım 2017).

*Bilgisel Destek:* Bireyin stres kaynağı ve baş etme yöntemlerinde yetersizlik olduğu durumlarda bireye kişisel ve çevresel sorunlarla ilgili bilgi, öğüt verme, kişisel geri bildirimler, önerilerde bulunma ve rehberlik etme davranışlarını içerir. Birey, bilgisel destekle daha önce dikkatini çekmemiş, sorunla baş etme yöntemi olarak yeni çözüm yollarını yeniden değerlendirebilir. Baş etme yöntemlerinde tanımlayıcı ve sorunu anlamayı içeren destek biçimi bireyin sorunları ile ilgilenmek, rehberlik yapmak ve tavsiyelerde bulunmakla sağlanır (Bınar 2011; Deveci 2011; Candan 2012; Nur Şahin 2011; Ak 2014; Sadık 2014; Gümüş 2015; Erdemoğlu 2016; Olçay 2016; Yıldırım 2017).

*Yaygın (Sosyal) Destek:* Bireyin boş zamanlarında diğer insanlarla vakit geçirmek, eğlenmek, rahatlamak, sosyal etkinliklere katılmak ve sosyal arkadaşlık olarak da tanımlanmaktadır. Sosyal destek, bir gruba dahil olma duygusuyla birlikte stresi azalttığı ve başkalarıyla sorunları hakkında konuşarak rahatlamasını, dikkatini başa yöne çevirerek olumlu duygular hissetmesini ve bu sorunla baş etmesini sağlar (Bınar 2011; Deveci 2011; Nur Şahin 2011; Ak 2014; Sadık 2014; Gümüş 2015; Erdemoğlu 2016; Olçay 2016; Yıldırım 2017).

### **4.5.3. Sosyal Destek Modelleri**

Sosyal desteğin sağlık ile ilişkisinin araştırılmasında araştırmacıların önerdikleri 2 farklı model, sosyal desteğin sağlık ile kendini iyi hissetme üzerine etkisini açıklamaktadır (Cohen ve Wills 1985).

*Temel Etki Modeli:* Bu model sosyal desteğin sağlıkla arasında doğrudan bir ilişki olduğunu belirterek, sosyal destek alan kişinin hangi stres düzeyinde olduğunun önemi olmaksızın birey üzerinde olumlu etkiler yarattığını ileri sürmektedir. Sosyal destek varlığı her koşulda fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde olumlu

etkiye sahipken, sosyal destek yoksunluğunda ise birey üzerinde olumsuz etkiler yaratabilecek bir durum oluşturmaktadır (Binar 2011; Deveci 2011; Sadık 2014; Gümüş 2015; Erdenoğlu 2016).

*Tampon Etki Modeli:* Bu model, yeterli düzeyde sosyal destek alan kişinin stres verici yaşam olaylarının olumsuz etkileri azaltarak ya da dengeleyerek bireyin psikolojik sağlığını koruyacağını ileri sürmektedir. Sosyal destekten yoksun olma durumunda stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşmadıkları sürece birey üzerinde sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde olumsuz herhangi bir etkisi olmadığını belirtir. Temel etki modelinde bireyin stres altında olması gerekmezken, tampon etki modelinde birey stres altındadır ve sosyal desteğin günlük yaşamda karşılaşılan zorluklarla mücadele etme etkisi bulunmaktadır. Bu modele göre sosyal destek günlük yaşamda karşılaşılan zorluklara karşı bir başa çıkma stratejisi olarak hizmet etmektedir (Binar 2011; Deveci 2011; Sadık 2014; Gümüş 2015; Erdemoğlu 2016).

#### **4.5.4. Sosyal Destek Kaynakları**

Yaşamı süresince kişi, aile üyelerinden, akrabalarından, arkadaşlarından, komşularından, çalışma arkadaşlarından destek alır. İhtiyaç duyulduğunda ise hemşire/ebe ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından da destek alınabilir (Dalak 2010; Candan 2012). Yapılan çalışmalarda kişisel iyilik durumunu etkileyen destek kaynakları birinci derecede aileden algılanan destek, ikinci derecede arkadaşlardır. Kötü yaşam şartları ile karşılaşan bireyler öncelikle aile ve arkadaşlarından yardım alıp, son çare olarak mesleki kuruluşlara başvurmayı tercih ettikleri bilinmektedir (Dalak 2010). Bununla birlikte kişiler duygusal desteği aile ve arkadaşlarından, bilgi desteğini sağlık profesyonellerinden alır (Dalak 2010; Candan 2012).

#### **4.5.5. Algılanan Sosyal Destek**

Algılanan sosyal destek, bireyin çeşitli yaşam alanlarında sevildiğini, aranan, değer verilen ve özen gösterilen birey olduğunu, güvendiği, gerektiğinde başvurup yardım alacağı insanların olduğunu, yakın insan ilişkilerinden doyum sağladığını ve başkalarınca desteklendiği duygusunu hissettiğini bilme durumudur. Algılanan sosyal destek ve işlevlerinin yeterli olup olmadığı konusunda kişinin kendi değerlendirmesi algılanan sosyal destek olarak tanımlanır. Kısaca kişinin kendini ne

kadar değerli gördüğü ya da önem verdikleri kişiler tarafından kendine biçtiği değerdir (Nur Şahin 2011; Ak 2014; Olcay 2016; Yıldırım 2017). Sosyal bir varlık olan insan, benlik saygısı, sevgi, bağlılık ve belli bir gruba ait olduğunu hissetme gibi sosyal ihtiyaçlarını sosyal destek ile giderir ve bu durum, bireyi hem psikolojik hem de fiziksel açıdan olumlu anlamada etkiler. Öznel, niteliksel olarak açıklanan, ölçülebilen ve algılanan sosyal destek, psikolojik sağlık açısından alınan sosyal destekten daha belirleyicidir (Bınar 2011).

#### **4.6. GEBELİKTE SOSYAL DESTEK**

Yaradılışı gereği sosyal bir varlık olan insan, hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmek için her zaman sosyal desteğe ihtiyaç duyar. Bu gereksinim kadının hayatının bazı dönemlerinde artar. Gebelik döneminde ortaya çıkan değişikliklerin ve rahatsızlıkların birlikte görülmesiyle ruh sağlığı yakından etkilenir ve kadının sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duymasına neden olur (Karabulut Doyurgan 2009). Gebelik döneminin getirdiği değişimlerin kadının daha önceki yaşantısındaki deneyimleri doğrultusunda sosyal desteğe gereksinim düzeyi değişebilir. Özellikle kadının gebelik karşısındaki tepkileri, bireyin yaşam tecrübeleri, korkuları, sosyal ve ekonomik çevre koşulları, istenen ve planlanan gebelik olma durumu, eşler arası iletişimi ve uyumu, kadının çalışma durumu, değişen beden imajını kabullenme durumu, yeni kazanılan sorumluluklara uyumu, ailesiyle olan iletişiminin olumsuz seyri sosyal desteğe gereksinimi arttırmaktadır. Bu nedenle her kadın gebeliği farklı yaşar ve farklı konularda, farklı düzeyde sosyal desteğe ihtiyaç duyar (Ataman 2007; Kaplan ve ark 2007; Karataş 2010; Altınçelep 2011; Yekenkunrul 2011; Hancıoğlu Aytaç 2017).

Gebelik boyunca sosyal desteğin varlığı kadının emosyonel sağlığını önemli derecede arttırmaktadır. Bu dönemde sağlanan destek; gebenin daha fazla güven duygusunu geliştirerek anksiyeteyi, sinirliliği ve korkuyu azaltır ve doğuma karşı pozitif duygular hissetmesini sağlar. Bununla birlikte duyguların kontrolü, benlik saygısı, bakım ve iletişim memnuniyeti artar (Şimsek ve ark. 2018)

Bu desteğin sağlanmasında öncelikle eş ve yakın aile üyelerine, gerektiğinde sağlık profesyonellerine önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (Çapık 2013; Yıldırım 2017).

#### 4.7. GEBELİKTE PRENATAL DİSTRESLE BAŞA ÇIKMA YOLLARI VE SOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ

Gebeliğin anlamı çiftler için mutluluk verici, heyecanlı bir bekleyiş olarak algılanırken, ambivalan duyguların ortaya çıkması, gebelik döneminde görülen rahatsızlıkların, sorumlulukların ve duygusal ihtiyaçların artması stresli ve zor günlerin habercisi bir süreç olarak algılanabilir (Çakır Koçak 2007; Mermer ve ark. 2010; Çapık 2013).

Bu süreç kadının hayatını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebilir ve kalıcı psikolojik değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Gebelik döneminde yaşanan tüm olaylar kadının ruh sağlığına etkilemektedir. Bu dönemde yaşanan stres, kaygı, anksiyete ve depresyon kadının doğum sonrası süreçte ruh sağlığını etkileyerek depresyon varlığını arttırmaktadır (Karabulut Doyurgan 2009; Çapık 2013).

Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasında rol oynayan etkenler, daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü, ailesel durumlar, eşlerin birbirleriyle olan ilişkileri, iş durumu, düşük sosyo-ekonomik düzey, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikayesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetüsle ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi, düşük özsaygı, sürekli olumsuz düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da gebelikte ruh sağlığının bozulmasına etkisi olduğu belirtilmektedir (Çapık 2013).

Gebelikte ortaya çıkan bazı psikolojik değişikliklere gebeler kolay uyum sağlarken, bazı gebeler de hafif, orta ve şiddetli düzeyde ruhsal değişiklikler görülebilir (Furber 2009). Gebelik döneminin sağlıklı bir şekilde devam etmesi gebenin karşılaştığı sorunlarla mücadele etme gücüne ve yeterli problem çözme becerilerine bağlıdır. Problem çözme becerisi sağlıklı bir bireyin yaşamının devamlılığı ve ruh sağlığı için zorunludur. Birey sorunlarla başa çıkamadığında başka kişilerden destek alarak sorunlara çözüm yolları bulabilir ve üstesinden gelebilir. Karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmada gebelerin trimesterlere göre farklı başa çıkma yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Birinci trimesterde emosyonel odaklı, ikinci ve üçüncü trimesterde ise hem emosyonel hem de problem odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadırlar (Dağlar 2014). Ayrıca gebeliğin erken dönemlerinde ve ikinci trimesterinde yoğun olarak spiritüel başa çıkma yöntemlerini



kullanmaktadırlar (Altınçelep 2011). Etkin baş etme için, gebe kadının kendisine ilişkin olumlu bakış açısına sahip olması, sağlıklı ve dengeli yaşam sürdürmesi, ruh sağlığının korunması, olumlu tutumları kabullenmesi, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi ve doğru kaynaklardan destek alınması önemlidir. Birçok baş etme kaynağı olmakla birlikte sosyal destek bunların en önemlileri arasında yer alır (Olçay 2016).

Sosyal destek; insanların hayat değişiklikleri ile mücadele etme, stresin etkilerine karşı koruma, karşılaştıkları sorunların üstesinden kolay gelebilme ve hayatın zorlu dönemlerinde önemli etkiye sahiptir (Bınar 2011; Nur Şahin 2011; Ak 2014). Sosyal destek, bireyin stres kaynaklarını tamamen ortadan kaldırmaya bile kaygı ve çaresizlik hissini azaltır, özgüvenini artırır, yaşadığı stresle mücadele etmek için olaylara farklı bakış açısından değerlendirebilmeyi, zorlandığı durumlarda ise yardımcı olarak başa çıkma yöntemleri geliştirmeyi etkiler (Ak 2014). Gebelik sürecinde kadınlar stres veren olaylar karşısında aldığı desteklerle sorunun çözümüne aktif olarak katılabilir ve sağlıklı gebelik sürecini sürdürebilirler.

Gebelikte en önemli destek kaynağı eşler ve yakın aile üyeleridir (Karataş 2010). Arkadaşların ve diğer sosyal ilişkilerden sağlanan destekleri de kapsayan sosyal desteğin annenin beklentilerini karşılayacak düzeyde olması annenin gebeliğe uyumunu ve karşılaştığı sorunlarla baş etmesini kolaylaştırır. Annelik rolüne adaptasyonda eşlerin desteği ve tutumu ile gebenin içinde yaşadığı psikososyal çevresinin, prenatal distres üzerine etkisi oldukça önemlidir. Eşi tarafından onaylanan ve sorunları eşi ile paylaşabilen kadınlar gebelik dönemlerinde daha az sorun yaşamaktadırlar (Kaplan ve ark. 2007; Karataş 2010; Yekenkunrul 2011). Bununla birlikte yeterli düzeyde eş desteği, gebelik ve gebelik sonrası dönemde anksiyete ve depresyona karşı koruyucuken, eşin sağladığı duygusal ve sosyal destek azaldığında depresyon riski artmaktadır. Yapılan çalışmalarda eşlerin desteği diğer aile üyeleri ve yakın çevresindeki bireylere göre daha gerçekçi bulunmuştur. Gebelik döneminde kadının ev ve çalışıyorsa iş ortamında, sosyal ilişkilerde desteklenme ihtiyacı artmaktadır (Dağlar 2014). Sosyal desteği güçlü olan kadın duygusal ve bilişsel olarak rahatlamakta, sosyal imkânlardan daha fazla yararlanmakta, sosyolojik ve psikolojik sorunları önlemekte, stres etkeni ve kaygı ile daha iyi mücadele edebilmekte ve olumlu gebelik deneyimi yaşayarak annelik rolüne uyum sağlamaktadır (Karataş 2010; Gümüşdağ 2014; Hancıoğlu Aytaç 2017). Ayrıca yeterli düzeyde algılanan sosyal destek; gebelerin bağımlılık gereksinimlerini

karşılar, özgüveninin atmasını sağlar, kimlik duygusunun korunmasına ve güçlenmesine yardımcı olur (Dalak 2010).

Kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde yeterli sosyal destek almaları, sağlık problemlerini önleme, sağlığı yükseltme, anne-bebek sağlığı ve olumlu aile ilişkileri açısından oldukça önemlidir (Yekenkunrul 2011; Candan 2012). Gebelerin prenatal distrese neden olabilecek kaynakların belirlenmesi, kadınlar tarafından ortaya çıkan rahatsızlıkların erken dönemde tanımlanması ve sağlık gereksinimlerinin erken dönemde belirlenmesi sosyal desteğin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için gereklidir (Altınçelep 2011). Bu dönemde kadınların en yakınında olan sağlık profesyonelleri olan ebeler kadın için önemli destek kaynaklarından birini oluşturmaktadırlar. Gebe kadın duygu ve endişelerini rahat ifade edebilmesi, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanması, aile ilişkilerinin düzenlenmesi, çevresindeki sosyal destek sistemlerini etkili bir şekilde kullanması konusunda desteklenmelidir. Gebeyi sosyal destek alma durumu açısından değerlendirirken; sosyal destek sistemlerini nasıl algıladığını bilmeli bu doğrultuda harekete geçirecek doğru yararlanmaları konusunda anne adaylarına yardımcı olunmalıdır. Sosyal destek gebenin ihtiyacı olduğu zamanda, beklentisini karşılayacak yeterlilikte ve ihtiyacı olduğu kişi ya da kişiler tarafından sahip olduğu eğitim ve kültürel özelliklerine göre gerçekleştirilmelidir (Erdemoğlu 2016; Olçay 2016; Öden 2016). Birey yakın destek grubunun, ailesinin ve sağlık profesyonellerinin destek gerektiğinde orada olacaklarını bilirse, bu süreçte yaşadığı zorluk ve değişikliklerle mücadele etmede daha başarılı olur, algıladıkları sosyal destek düzeyi artar. Kişinin ihtiyacı olduğunda sosyal destek ağlarının varlığını ve ulaşılabilirliğini bilmesi kaygı ve stresi azaltır. Sosyal desteğin iki bileşeni olan bireyin ihtiyaç duyduğunda başvuracak insanların varlığı ve var olan destekten memnuniyet derecesi bireyin kişiliğine bağlıdır. Bazı insanlar sosyal destek sağlayan fazla sayıda hazır yardımcıların olmasını isterken bazı insanlar için tek bir kişinin olmasını yeterli görmektedir (Bınar 2011; Nur Şahin 2011; Ak 2014). Bu desteği sağlarken; sabırlı olunmalı, empati yapılabilmesi ve gebeye güven verilmelidir. (Ardahan 2006; Mermer ve ark. 2010; Altınçelep 2011; Bınar 2011; Candan 2012; Erdemoğlu 2016; Metin ve Pasinlioğlu 2016).

Sosyal desteğin fiziksel sağlık ve prenatal distes üzerine olumlu etkileri olduğu görülmektedir (Ak 2014). Algılanan sosyal desteğin gebelik deneyimindeki pozitif etkisi son derece önemlidir (Candan 2012). Bu desteği sağlarken gebelerin

trimesterlere göre yaşadığı değişiklikler ve bu dönemlere göre geliştirdikleri baş etme yöntemleri göz önünde alınarak sosyal desteğin sağlanması gerekir (Dağlar 2014).



## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu araştırma, gebeliğe bağlı yakınlmaların yoğun yaşandığı gebeliğin son üç ayında sosyal desteğin gebelikte yaşanan prenatal distres üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmış analitik- kesitsel bir çalışmadır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Manisa ili topraklarının büyük bölümü Gediz Havzası içinde, küçük bir bölümü de kuzeybatıda Ege (Bakırçay) Havzası içinde bulunmaktadır. İdari yönden batıdan İzmir, kuzeyden Balıkesir, güneyden Aydın, güneydoğudan Denizli, doğudan Uşak ve Kütahya illeri ile çevrilidir. İlin yüzölçümü 13 269 km<sup>2</sup>'dir (TUİK 2013). Nüfusu ise 2017 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre 1 009 558 kişidir (TUİK 2017).

Bu araştırma; Manisa il merkezine bağlı gebe takiplerinin yoğunlukla yapıldığı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Merkez Efendi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi NST (Nonstres Test) Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri 24.09.2016–31.12.2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini Merkez Efendi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne rutin kontrol için başvuran üçüncü trimesterdeki gebe kadınlar (29 ve üzeri gebelik haftası) oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem büyüklüğünün hesaplanması için NST polikliniğine başvuran yıllık gebe sayısı esas alınmış (yaklaşık 5200 gebe) ve evrendeki birey sayısı bilindiği durumlarda kullanılan formül ile örneklem büyüklüğü  $n = \frac{N x \sigma^2 x Z^2}{(N - 1) x d^2}$  denklemi kullanılarak hesaplanmıştır (Esin 2014). %95 olasılık ve  $\pm\%5$  sapma ile evrenden en az 358 gebenin örnekleme alınarak planlanmıştır. NST polikliniği, NST'nin özellikle üçüncü trimesterdeki gebelerde kontrol amaçlı uygulanan rutin bir test olması nedeniyle tercih edilmiştir.

***Araştırmaya dahil olma kriterleri:***

- 18 yaşından büyük olma,
- Gönüllü olma,
- Polikliniğine rutin kontrol için başvurma,
- 29. gebelik haftası ve üzerinde olma.

***Araştırmadan dışlama kriterleri:***

- Polikliniğine rutin kontrol dışında başvurma (kanama, ağrı, sularının gelmesi vb.),
- İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olma,
- Tanı konmuş kronik bir hastalığı olanlar.

#### **5.4. ARAŞTIRMANIN HIPOTEZLERİ**

- I.** **H<sub>0</sub>:** Son trimesterdeki gebelerde sosyal desteğin prenatal distres üzerine etkisi yoktur.  
**H<sub>1</sub>:** Son trimesterdeki gebelerde sosyal desteğin prenatal distres üzerine etkisi vardır.

#### **5.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI, BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

- ✓ **Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:** Prenatal Distres Ölçeği toplam puanı bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.
- ✓ **Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği toplam puanı, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek toplam puanı, gebelik haftası, gebelerin yaşı, medeni durumu, aile tipi, evlilik süresi, eğitim durumu ve

mesleği, aylık gelir durumu, sağlık güvencesi, gebelik ve çocuk sayısı, planlanan gebelik olma durumu, eşi tarafından istenen gebelik olma durumu, gebe kalma şekli, gebelik süresinde destek olan kişi, gebelik döneminde en çok kimin destek olmasını isteme durumu, gebeliğinde endişelendiren durumun varlığı, bebeğin cinsiyetini bilme durumu bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

## **5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Anket formu dört bölümden oluşmaktadır:

- Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerini İçeren Kişisel Bilgi Formu
- Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)-Revize Versiyonu
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

### **5.6.1. Gebelerin Tanıtıcı Bilgilerini İçeren Kişisel Bilgi Formu**

Bu form, gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal distres düzeyleri arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel, sosyo-demografik, obstetrik, gebeliğe ilişkin düşünce ve davranış özelliklerini belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Yali and Lobel 1999; Taşkın 2002; Koçak 2007; Kılıçarslan 2008; Altınçelep 2011; Demirbaş ve Kadioğlu 2014). Bu bölüm toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Soru formu; son trimester dönemdeki kadınların, gebelik haftası, gebelerin yaşı, medeni durumu, aile tipi, evlilik süresi, eğitim durumu ve mesleği, aylık gelir durumu, sağlık güvencesi, gebelik ve çocuk sayısı, planlanan gebelik olma durumu, eşi tarafından istenen gebelik olma durumu, gebe kalma şekli, gebelik süresinde destek olan kişi, gebelik döneminde en çok kimin destek olmasını isteme durumu, gebeliğinde endişelendiren durumun varlığı, bebeğin cinsiyetini bilme durumlarına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

### **5.6.2. Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)-Revize Versiyonu**

Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)-Revize Versiyonu: 17 maddelik üçlü Likert tipi bir ölçektir. Gebelik sürecinde ortaya çıkabilen fiziksel ve emosyonel semptomları, ilişkileri, annelik, beden imajı ve gebeliğe ilişkin konularda kadınların yaşadıkları

sıkıntı veya endişeleri belirlemek amacıyla ilk olarak 12 maddelik versiyonu Yali ve Lobel (1999) tarafından geliştirilmiştir. İlk olarak; erken gebelik dönemi, orta gebelik dönemi ve geç gebelik dönemlerinde uygulanmak üzere üç farklı versiyon şeklinde 12 maddeli olarak geliştirilen ölçek, yapılan revizyon çalışmaları ile tekrar düzenlenerek Lobel (2008) tarafından tüm gebelik dönemi süresince kullanılabilen 17 maddeli versiyonu oluşturulmuştur. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Yüksel ve arkadaşları tarafından yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Katılımcılardan ölçekte yer alan her bir ifadeyi okuyarak her bir madde ile ilgili olarak o anda sıkıntılı, üzgün veya endişeli olup olmadıklarını “Hiç” (0), “Biraz” (1) ve “Çok fazla” (2) şeklinde sıralanan seçeneklerden birisini işaretleyerek yanıt vermesi istenmektedir. Gebelik döneminde deneyimlenen gebeliğe özgü distres puanı ölçek madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. Ölçekten minimum 0 puan, maksimum 34 puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın artışı gebeler tarafından algılanan prenatal distres düzeyinin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. PDÖ'nün toplam Cronbah Alfa güvenilirlik katsayısı 0,85'dir (Yüksel ve ark. 2011). Bu çalışmada Cronbah Alfa katsayısı 0,85 bulunmuştur.

### **5.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS)**

Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile (3, 4, 8, 11 nolu ifadeler) arkadaş (6, 7, 9, 12 nolu ifadeler), özel kişi (1, 2, 5, 10 nolu ifadeler) desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Tablo 1 'de Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyutlarının madde sayısı, en düşük ve en yüksek puan dağılımı ile alt boyutlarının güvenilirlik katsayısı verilmiştir (Eker ve ark. 2001).

**Tablo 1: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Alt Boyutları Madde Sayısı, Toplam Puanları (Min.-Max.) ve Cronbach Alpha Değerleri**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Madde Sayısı	Toplam Puanları (Min.-Max.)	Cronbach Alpha Değerleri	Bu çalışmada elde edilen Cronbach Alpha Değerleri
Aile	4	4-28	0,85	0,95
Arkadaş	4	4-28	0,88	0,89
Özel Bir İnsan	4	4-28	0,92	0,94
MSPSS Toplam	12	12-84	0,89	0,94

#### 5.6.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir (Aydemir ve Köroğlu 2000).

#### 5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri, Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği NST Polikliniğine, NST çektirmek için başvuran, araştırmaya



dahil olma kriterlerini karşılayan gebelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Veri toplama süreci 24.09.2016–31.12.2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Her gebe ile ortalama görüşme süresi yaklaşık 20 dakikadır.

## **5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Araştırmada kullanılan anket formları araştırmacı tarafından değerlendirilip kontrolleri yapıldıktan sonra veriler bilgisayara girilmiştir. Verilerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiş, normal dağılım göstermediği için nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 Windows istatistik analiz programında sayı, yüzde dağılımı, aritmetik ortalama, Spearman korelasyon analizi, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## **5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE YAŞANAN GÜÇLÜKLER**

Araştırma verilerinin öz bildirim dayalı olarak Manisa’da tek bir hastanede toplanmış olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır. Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmış, ancak etik kurulun geç toplanması nedeniyle onay alma süreci uzun sürmüş, araştırmaya planlanan zamanda başlanamamıştır.

## **5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Araştırma kapsamına alınan gebelerden, uygulama öncesi gerekli açıklamalar yapılarak onay alınmıştır. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından tez konusu onayı 10.04.2015 tarihinde alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Kurumu’ndan 11.09.2015 tarihinde yazılı izin, 17.08.2016 tarihinde Etik kurul onayı alınmıştır. Tez yazımı tamamlandıktan sonra Orjinallik Raporu Turnitin programından alınmıştır.

## **5.11. SÜRE VE OLANAKLAR**

Araştırma Kasım 2014- Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür (Şekil-1).

**Şekil 1. Araştırmanın Zamanlanması**

	Kasım 2014	Aralık 2014	Ocak 2015	Şubat 2015	Nisan 2015	Mart 2015	Mayıs 2015	Haziran 2015	Şubat 2016	Eylül 2016	Ekim 2016	Kasım 2016	Aralık 2016	Ocak 2017	Ekim 2017	Kasım 2017	Aralık 2018
<b>Tez Aşamaları</b>																	
Araştırma konusunu belirleme																	
Araştırma ile ilgili literatür toplama																	
Araştırma deseninin seçilmesi																	
İncelenecek evreni belirleme																	
Verilerin toplanmasına uygun yöntem belirleme																	
Örneklemin Planlanması																	
Tez konusunun onaylanması																	
Etik kurul onayı																	
Pilot araştırma ve düzeltmelerin yapılması																	
Veri toplama																	
Verilerin analize hazırlanması																	
İstatistiksel analiz ve değerlendirme																	
Tezin yazımı																	

## 6. BULGULAR

### 6.1. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
<b>Yaş grupları</b>		
18-24 yaş	118	33,0
25-31 yaş	162	45,3
32 ve üstü	78	21,7
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	306	85,5
Geniş aile	52	14,5
<b>Evlilik süresi</b>		
1-5 yıl	216	60,3
6-10 yıl	86	24,0
11 yıl ve üzeri	56	15,7
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar	23	6,4
İlköğretim	140	39,1
Lise mezunu	164	45,8
Üniversite mezun	31	8,7
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor (Ev hanımı)	298	83,2
Çalışıyor	60	16,8
<b>Aylık gelir durumu</b>		
Geliri giderinden az (kötü)	67	18,7
Geliri giderine denk (orta)	272	76,0
Geliri giderinden fazla (iyi)	19	5,3
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	346	96,6
Yok	12	3,4
<b>Toplam</b>	<b>358</b>	<b>100,0</b>

Tablo 1’de araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular verilmiştir. Gebelerin çoğunluğu 25-31 yaş grubunda olup, gebelerin yaş ortalaması  $27,2 \pm 5,2$  (min:18, max:41) olarak bulunmuştur. Gebelerin %85,5’i çekirdek ailede yaşadığı, %60,3’ünün 1-5 yıl arası evli olduğu, 45,8’inin lise mezunu olduğu, %83,2’sinin çalışmadığı (ev hanımı), %76,0’sının aylık gelir durumunun orta ve %96,6’sının sağlık güvencesinin olduğu bulunmuştur.

**Tablo 2. Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik sayısı</b>		
İlk gebelik	154	43,0
İkinci gebelik ve üzeri	204	57,0
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
0	154	43,0
1	144	40,2
2 ve üzeri	60	16,8
<b>Planlı bir gebelik mi?</b>		
Evet	341	95,3
Hayır	17	4,7
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>		
Erkek	200	55,9
Kız	158	44,1
<b>Toplam</b>	<b>358</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine ait bulgular verilmiştir. Gebelerin %57,0’ının iki ve üzerinde gebelik sayısının olduğu, %40,2’sinin 1 yaşayan çocuğu olduğu, %95,3’ünün gebeliğinin planlı olduğu ve %55,9’unun bebeğinin cinsiyetinin erkek olduğu bulunmuştur.

## **6.2. GEBELERDE ENDİŞE VARLIĞI, NEDENLERİ VE GEBELİK SÜRESİNCE KİMLERİN DESTEK OLDUĞUNA İLİŞKİN BULGULAR**

**Tablo 3. Gebelerde Endişe Varlığı ve Endişe Nedenlerinin Dağılımını Gösteren Bulguların Dağılımı**

<b>Gebelikte endişe varlığı</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Var	242	67,6
Yok	116	32,4
<b>Endişe nedenleri**</b>		
Bebeğimin sağlığı	153	42,7
Doğum korkusu	146	40,8
Kendi sağlığı	16	4,5

\* n=358 \*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Gebelerin %67,6’sı şimdiki gebeliğinde endişe hissettiği belirtmiştir. Gebelerde en önemli endişe nedenlerinin %42,7 ile bebeğinin sağlığı ve %40,8 ile doğum korkusu olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 4. Gebelik Süresince Kim/Kimler Destek Olduğuna İlişkin Bulguların Dağılımı**

Gebeliğinde kim/kimler destek oluyor?	n*	%
Eşi	338	94,4
Annesi	82	22,9
Kayınvalidesi	55	15,4

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4’de gebelerin şimdiki gebeliğinde kim/kimlerin destek olduğu ile ilgili bulgular verilmiştir. Gebelerin bu süreçte %94,4’ü eşinin, %22,9’u annesinin, %15,4’ü kayınvalidesinin destek olduğu saptanmıştır.

### **6.3. PRENATAL DISTRES ÖLÇEĞİ (PDÖ), ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (MSPSS) VE HASTANE ANKSIYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ (HAD) ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Tablo 5: Prenatal Distres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan Ortancalarının Dağılımı (n=358)**

	Araştırmada elde edilen Min.-			
	Mak. değerler	Ortanca	ÇAA*	X±SD**
<b>Prenatal Distres Ölçeği</b>	0-21	5,00	8,00	5,46±4,57
<b>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı</b>	12-84	73	20,00	71,29±14,85
Aile alt boyutu	4-28	28,00	4,00	25,27±4,41
Arkadaş alt boyutu	4-28	24,00	8,00	22,77±6,09
Özel bir insan alt boyutu	4-28	25,00	8,00	23,25±6,28
<b>Anksiyete (HAD-A)</b>	0-20	8,00	3,25	8,21±2,99
<b>Depresyon (HAD-D)</b>	0-18	7,00	6,00	6,29±3,35

\*ÇAA= Çeyrekler Arası Aralık \*\*X= Ortalama, SD=Standart Sapma

Tablo 5’ te Prenatal Distres Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortancalarının dağılımı gösteren sonuçlar verilmiştir. PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21) ve puan ortalaması  $5,46 \pm 4,57$  bulunmuştur.

MSPSS ölçek puanını medyanı 73, çeyrekler arası aralığı 20 (min=12, mak=84) ve puan ortalaması  $71,29 \pm 14,85$  bulunmuştur. MSPSS ölçek aile alt boyutu medyanı 28, çeyrekler arası aralığı 4 (min=4, mak=28) ve puan ortalaması  $25,27 \pm 4,41$  bulunmuştur. MSPSS ölçek arkadaş alt boyutu medyanı 24, çeyrekler arası aralığı 8 (min=4, mak=28) ve puan ortalaması  $22,77 \pm 6,09$  bulunmuştur. MSPSS ölçek özel insan alt boyutu medyanı 25, çeyrekler arası aralığı 8 (min=4, mak=28) ve puan ortalaması  $23,25 \pm 6,28$  bulunmuştur. HAD ölçek Anksiyete (HAD-A) alt boyutu medyanı 8, çeyrekler arası aralığı 3,25 (min=0, mak=20) ve puan ortalaması  $8,21 \pm 2,99$  bulunmuştur. HAD ölçek Depresyon (HAD-D) alt boyutu medyanı 7, çeyrekler arası aralığı 6 (min=0, mak=18) ve puan ortalaması  $6,29 \pm 3,35$  bulunmuştur.

**Tablo 6: Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Dağılımı (n=358)**

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
1. PDÖ Toplam Puanı						
2. MSPSS Toplam Puanı	-,507**					
3. MSPSS Aile Alt Boyutu	-,338**	-,767**				
4. MSPSS Arkadaş Alt Boyutu	-,485**	-,931**	-,661**			
5. MSPSS Özel İnsan Alt Boyutu	-,478**	-,946**	-,706**	-,824**		
6. HAD Anksiyete	,009	,044	,066	,030	,032	
7. HAD Depresyon	-,009	-,152**	-,166**	-,133*	-,157**	-,575**

\*p<0,05 2-tailed; \*\* p<0,01 2-tailed

Tablo 6 'da Prenatal Distres Ölçek puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçek puanı ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçek puanı arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular verilmiştir.

MSPSS toplam ölçek alt boyutların toplam puanları ile PDÖ ölçek puanı arasında ters yönde ve orta büyüklükte anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,01$ ).

PDÖ ölçek puanı ile HAD Anksiyete ölçek puanı ve HAD Depresyon ölçeği arasında bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

MSPSS toplam ölçek ve alt boyutları toplam puanları ile HAD Anksiyete ölçek puanı arasında bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

MSPSS toplam ölçek ve alt boyutları toplam puanları ile HAD Depresyon ölçek puanı arasında ters yönde ve çok zayıf büyüklükte anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,01$ ) (Coşansu 2014).

#### 6.4. PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ İLE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 7: Prenatal Distres Ölçeği ile Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı**

Prenatal Distres Ölçeği	Ortanca	ÇAA	Min-Mak	X <sup>2</sup> /Z	P
<b>Yaş Grupları</b> #					
18-24 yaş <sup>1</sup>	6,50	8,00	0-21		<b>0,012</b>
25-31 yaş <sup>2</sup>	5,00	8,00	0-21	X <sup>2</sup> =8,783*	1-3
32 ve üstü <sup>3</sup>	3,50	6,00	0-12		
<b>Aile Tipi</b>					
Çekirdek aile	5,00	8,00	0-21	Z=-0,249**	0,803
Geniş aile	4,50	6,75	0-19		
<b>Evlilik Süresi</b>					
1-5 yıl	5,00	9,0	0-21		
6-10 yıl	4,00	6,0	0-20	X <sup>2</sup> =5,150*	0,076
11 yıl ve üzeri	5,00	6,0	0-12		
<b>Eğitim Durumu</b>					
Okur-yazar	6,00	6,0	0-20		
İlköğretim	4,00	6,0	0-21		
Lise mezunu	5,00	8,0	0-21	X <sup>2</sup> =5,428*	0,143
Üniversite mezun	1,00	7,0	0-16		
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışmıyor (Ev hanımı)	5,00	7,25	0-21	Z=-0,135**	0,893
Çalışıyor	4,00	9,00	0-16		
<b>Aylık Gelir Durumu</b> #					
Geliri giderinden az <sup>1</sup>	4,00	6,00	0-19		<b>0,018</b>
Geliri giderine denk <sup>2</sup>	5,00	7,00	0-21	X <sup>2</sup> =8,050*	1-3
Geliri giderinden fazla <sup>3</sup>	1,00	5,00	0-20		2-3
<b>Sağlık Güvencesi</b>					
Var	5,00	8,00	0-21	Z=-1,072**	0,284
Yok	2,00	3,00	0-12		

ÇAA= Çeyrekler Arası Aralık, \*X<sup>2</sup>=Kruskal Wallis test, \*\*Z=Mann-Whitney U test

# Post Hoc test Mann-Whitney U test

Tablo 7' de Prenatal Distres Ölçek puanı ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılmasına ait sonuçlar bulunmaktadır. Gebelerin yaş grupları belirteci 18-24 yaş PDÖ ölçek puanının medyanı 6,5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), 25-31 yaş PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), 32 yaş ve üzeri PDÖ ölçek puanının medyanı 3,5, çeyrekler arası aralığı 6 (min=0, mak=12)'dir. Gebelerin 18-24 yaş ile 32 yaş ve üzeri olması PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (x<sup>2</sup>=-8,783, p= 0,012).



Gebelerin aile tipi belirteci çekirdek aile PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), geniş aile PDÖ ölçek puanının medyanı 4,5, çeyrekler arası aralığı 6,75 (min=0, mak=19)'dir. Gebelerin çekirdek aile ile geniş aile olması PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $z=-0,249$ ,  $p= 0,803$ ).

Gebelerin evlilik süresi belirteci 1-5 yıl PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 9 (min=0, mak=21), 6- 10 yıl PDÖ ölçek puanının medyanı 4, çeyrekler arası aralığı 6 (min=0, mak=20), 11 yıl ve üzeri PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 6 (min=0, mak=12)'dir. Gebelerin evlilik süreleri PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=5,150$ ,  $p= 0,076$ ).

Gebelerin eğitim durumu belirteci okur-yazar PDÖ ölçek puanının medyanı 6, çeyrekler arası aralığı 6 (min=0, mak=20), ilköğretim PDÖ ölçek puanının medyanı 4, çeyrekler arası aralığı 6 (min=0, mak=21), lise mezunu PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), üniversite mezunu PDÖ ölçek puanının medyanı 1, çeyrekler arası aralığı 7 (min=0, mak=16)'dir. Gebelerin eğitim durumu PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2=5,428$ ,  $p= 0,143$ ).

Gebelerin çalışma durumu belirteci çalışmıyor (ev hanımı) olması PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 7,25 (min=0, mak=21), gebelerin çalışıyor olması PDÖ ölçek puanının medyanı 4, çeyrekler arası aralığı 9 (min=0, mak=16)'dir. Gebelerin çalışma durumu PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $z=-0,135$   $p= 0,893$ ).

Gebelerin aylık gelir belirteci Geliri giderinden az (kötü) PDÖ ölçek puanının medyanı 4, çeyrekler arası aralığı 6 (min=0, mak=19), geliri giderine denk (orta) PDÖ ölçek puanının medyanı 1, çeyrekler arası aralığı 5 (min=0, mak=20), geliri giderine fazla (iyi) PDÖ ölçek puanının medyanı 1, çeyrekler arası aralığı 5 (min=0, mak=20)'dir. Gebelerin geliri giderinden az (kötü) ile geliri giderine denk (orta) PDÖ puanı ve geliri giderine denk (orta) ile geliri giderine fazla (iyi) PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=8,050$ ,  $p= 0,018$ ).

Gebelerin sağlık güvencesi olması PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), sağlık güvencesi olmaması PDÖ ölçek puanının medyanı 2, çeyrekler arası aralığı 3 (min=0, mak=12)'dir. Gebelerin sağlık güvencesi

varlığı ile PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $z=-1,072$ ,  $p= 0,284$ ).

## 6.5. PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ İLE BAZI OBSTETRİK ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 8: Prenatal Distres Ölçeği ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı**

Prenatal Distres Ölçeği	Ortanca	CAA	Min-Mak	X <sup>2</sup> / Z	P
<b>Gebelik Sayısı</b>					
İlk gebelik	6,00	8,00	0-21	Z=-2,799**	<b>0,005</b>
İkinci gebelik ve üzeri	4,00	7,00	0-21		
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı #</b>					
İlk gebelik <sup>1</sup>	6,00	8,00	0-21		<b>0,017</b>
1 çocuk <sup>2</sup>	4,00	7,00	0-21	X <sup>2</sup> =8,109*	1-2
2 çocuk ve üzeri <sup>3</sup>	5,00	5,00	0-20		
<b>Gebeliğin İstenme Durumu</b>	5,00	8,00	0-21	Z=-1,990**	<b>0,047</b>
Evet	6,00	4,00	3-15		
Hayır					
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>					
Erkek	5,00	8,00	0-21	Z=-0,777**	0,437
Kız	4,50	6,00	0-21		

CAA= Çeyrekler Arası Aralık, \*X<sup>2</sup>=Kruskal Wallis test, \*\*Z=Mann-Whitney U test

# Post Hoc test Mann-Whitney U test

Tablo 8’ de Prenatal Distres Ölçek puanı ile bazı obstetrik özelliklerin karşılaştırılmasına ait sonuçlar bulunmaktadır. Gebelerin gebelik sayısı belirteci ilk gebelik PDÖ ölçek puanının medyanı 6, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), ikinci gebelik ve üzeri PDÖ ölçek puanının medyanı 4, çeyrekler arası aralığı 7 (min=0, mak=21)’ dir. Gebelerin ilk gebelik ile ikinci gebelik ve üzeri olması PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $z=-2,799$ ,  $p= 0,005$ ).

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı belirteci ilk gebelik PDÖ ölçek puanının medyanı 6, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), 1 çocuk PDÖ ölçek puanının medyanı 4, çeyrekler arası aralığı 7 (min=0, mak=21), 2 çocuk ve üzeri PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 5 (min=0, mak=20)’ dir. Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ilk gebelik ile bir çocuk olması PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $x^2=-8,109$ ,  $p= 0,017$ ).

Gebelerin gebeliği isteme durumu PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), gebeliği istememe durumu PDÖ ölçek puanının medyanı 6, çeyrekler arası aralığı 4 (min=3, mak=15)'dir. Gebelerin prenatal distres ölçek puanı ile gebeliği isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (z=-1,990, p= 0,047).

Gebelerin bebeğin cinsiyeti belirteci bebeğin erkek olması PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21), bebeğin kız olması PDÖ ölçek puanının medyanı 4,5, çeyrekler arası aralığı 6 (min=0, mak=21)'dir. Gebelerin bebeğinin cinsiyetinin erkek veya kız olması PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (z=-0,777 p=0,437).

## 6.6. PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ İLE GEBELERDE ENDİŞE VARLIĞI VE ENDİŞE NEDENLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 9: Prenatal Distres Ölçeği ile Gebelerde Endişe Varlığı ve Endişe Nedenlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı**

Prenatal Distres Ölçeği	Ortanca	CAA	Min-Mak	Z*	P
<b>Gebelikte endişe varlığı</b>					
Var	7,00	7,00	0-21	Z=-10,184	<b>0,000</b>
Yok	1,00	4,00	0-21		
<b>Bebeğin sağlığı ile ilgili endişe</b>					
Var	8,00	4,50	0-21	Z=-10,245	<b>0,000</b>
Yok	2,00	5,00	0-21		
<b>Kendi sağlığı ile ilgili endişe</b>					
Var	6,50	7,75	2-21	Z=-2,011	<b>0,044</b>
Yok	5,00	8,00	0-21		
<b>Doğum korkusu yaşama</b>					
Var	7,00	7,25	0-19	Z=-5,493	<b>0,000</b>
Yok	4,00	7,00	0-21		

CAA= Çeyrekler Arası Aralık, \*Z=Mann-Whitney U test

Tablo 9'da Prenatal Distres Ölçek puanı ile gebelerde endişe varlığı ve endişe nedenlerinin karşılaştırılmasına ait sonuçlar bulunmaktadır. Gebelerin gebelikte endişe duyması PDÖ ölçek puanının medyanı 7, çeyrekler arası aralığı 7 (min=0, mak=21) puan, gebelikte endişe duymaması PDÖ ölçek puanının medyanı 1, çeyrekler arası aralığı 4 (min=0, mak=21) puandır. Gebelerin gebelikte endişe

duyması ile PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $z=-10,184$   $p=0$ ).

Gebelerin bebeğin sağlığı ile ilgili endişe duyması PDÖ ölçek puanının medyanı 8, çeyrekler arası aralığı 4,5 (min=0, mak=21) puan, gebelikte bebeğinin sağlığı ile ilgili endişe duymaması PDÖ ölçek puanının medyanı 7, çeyrekler arası aralığı 7 (min=0, mak=21) puandır. Gebelerin bebeğin sağlığı ile ilgili endişe duyması ile PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $z=-10,245$   $p=0$ ).

Gebelerin kendi sağlığı ile ilgili endişe duyması PDÖ ölçek puanının medyanı 6,5, çeyrekler arası aralığı 7,75 (min=2, mak=21) puan, kendi sağlığı ile ilgili endişe duymaması PDÖ ölçek puanının medyanı 5, çeyrekler arası aralığı 8 (min=0, mak=21) puandır. Gebelerin kendi sağlığı ile ilgili endişe duyması ile PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $z=-2,011$   $p=0,044$ ).

Gebelerin doğum korkusu duyması PDÖ ölçek puanının medyanı 7, çeyrekler arası aralığı 7,25 (min=0, mak=19) puan, doğum korkusu duymaması PDÖ ölçek puanının medyanı 4, çeyrekler arası aralığı 7 (min=0, mak=21) puandır. Gebelerin doğum korkusu duyması ile PDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $z=-5,493$   $p=0$ ).

## 7. TARTIŞMA

Gebeliğe bağlı yakınmaların yoğun yaşandığı gebeliğin son trimesterinde gebelerin algıladıkları sosyal desteğin prenatal distres düzeyine etkisi ve prenatal distres düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada verilerimiz literatür verileriyle karşılaştırılmak üzere iki bölümde tartişılmıştır:

- Gebelerin tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguların tartişılması
- Gebelerin prenatal distres düzeyleri ve etkileyen faktörlere yönelik bulguların tartişılması

### 7.1.GEBELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI

Ülkemizde kadınların çoğu doğum eylemini 30 yaşından önce gerçekleştirmektedir. TNSA 2013 verilerine göre de doğurganlık hızı en yüksek yaş grubu 25-29 yaşları arasındadır (TNSA 2013). Bu çalışmada gebelerin %45,5'i 25-31 yaş arasında olup gebelerin yaş ortalaması  $27,2\pm 5,2$  (min:18, max:41) olarak bulunmuştur (Tablo 1). Altınçelep'in 2011 yılında 'Gebelerde Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi' adlı çalışmasında gebelerin yaş ortalaması  $31,68\pm 4,21$  bulunmuştur. apık ve arkadaşları (2015) 'Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi' adlı çalışmasında gebelerin yaş ortalaması  $26,69\pm 4,92$  bulunmuştur. ağlar'ın 2017 yılında 'Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Prenatal Distres ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi' adlı çalışmasında sağlıklı gebelerin yaş ortalaması  $29,00\pm 4,87$  bulunmuştur. Bu alışma verileri literatür ve TNSA 2013 verileri ile paralellik göstermektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2013 yılında yayınladığı 'Türkiye'de Aile Yapısının Değişimi Tespitler, Öneriler ' isimli çalışmada geniş aile tipinin azalarak çekirdek aile tipinin ülkemizde artmakta olduğu belirtilmiştir. Verilere göre 1968-2011 yılları arasında geniş aile yapısında %61 oranında azalma meydana gelmiştir. Bu çalışmada gebelerin %85,5'inin çekirdek aile olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Çapık ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada %69,9'unun çekirdek aile olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Bacacı ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada %63,6'sının çekirdek aile ortamında yaşadığı görülmüştür. Bu çalışma verileri, literatür verileriyle ve Türkiye ortalamasıyla paralellik göstermektedir.

TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde gelir dağılımı bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Doğu bölgelerde nüfusun büyük bir bölümü yoksul kesimde sayılırken, batı bölgelerde ise gelir seviyesi daha yüksektir. Bu çalışmada gebelerin %83,2'sinin çalışmadığı ve ailenin gelirini aylık gelir yönünden gruplandığında %76'sının gelir gidere denk olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Benzer şekilde Güleç ve arkadaşlarının (2014) Ege bölgesi İzmir ilinde yaptığı çalışmada gebelerin %82,7'si çalışmadığı ve %66,8'inin gelir durumu orta düzey olarak bulunmuştur. Gebelerin çalışma hayatının olmamalarına rağmen ailelerin gelir gidere denk olması, Batı bölgesinde olan Manisa ilinin gelir seviyesinin yüksek olması koşuluna bağlanabilir. Bu çalışma literatür ve TNSA verilerinin bölgelere göre gelir dağılımıyla paralellik göstermektedir.

Ülkemizde evlilik dışı çocuk doğurma yaygın olmadığı için kadın nüfusun oranı, doğurganlık düzeylerini doğrudan etkilemektedir. Doğurgan çağdaki kadınların çoğunun evli (%68) olduğu bilinmektedir (TNSA 2013). Bu çalışmaya katılan gebelerin hepsinin evli olduğu ve evlilik süreci yönünden gruplandırıldığında %60,3'ünün 1-5 yıl evli olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada gebelerin hepsinin evli olması TNSA verilerinde Türkiye'de evliliğin çok yaygın olduğunu doğrulamaktadır.

Gebelikte evlilik durumu ve eş desteği gebenin psikolojik sağlığı açısından oldukça önemlidir. Gebeliklerinde yeterli düzeyde eş desteği gören kadınların, gebelik ve gebelik sonrası dönemde anksiyete ve depresyona karşı koruyucu olduğu belirlenmiştir (Şahin ve Soypak 2010, Dağlar 2014). Bu çalışmada gebelerin %94,4'ünün eşlerinden destek aldığı bulunmuştur. Gümüşdağ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2014) gebelerin %85'inin destek gördüğü ve bunların %68'inin eşlerinden destek aldığı belirtilmiştir. Gebelerin eş desteğinin olması endişe

varlığında gebelerin baş etme yöntemlerini geliştirmesi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışma verileri literatür verileriyle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin bebek sağlığı, kendi sağlığı ve doğum korkusu üzerine endişe varlığı değerlendirilmiştir. Gebelerin bu süreçte %67,6'sının endişeli olduğu ve bu endişe kaynaklarının, %42,7'sinin bebek sağlığı ve %40,8'i doğum korkusu hakkında olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

TNSA 2013 verilerine göre kadınların % 74,1'inin gebeliği planlıdır. Bu çalışmada gebelerin %95,3'sının gebeliği planlı gebelik olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Kim ve Chung' un (2018) yaptığı çalışmada gebelerin %82'nin planlayarak gebe kaldığı bulunmuştur. Hua ve Xie nin (2009) yaptıkları çalışmada gebeliklerinin %70' den fazlasının planlı gebelik olduğu bulunmuştur. Gümüüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada gebelerin %70,3 planlı gebelik olduğu bulunmuştur. Bakır ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında %61,9'unun gebeliklerinin planlı olduğunu bildirmiştir. Çapık ve arkadaşları (2015) çalışmasında gebelerin %85,9'u planlı gebelik olduğu bulunmuştur. Bu çalışma literatür ve TNSA 2013 verileriyle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin %43'ünün ilk gebeliğidir (Tablo 2). Lynn ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında çalışmaya katılanların %44'ünden fazlası primipar olduğu bulunmuştur. Güleç ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmaya göre gebelerin %58,4'ü primipardır. Çapık ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında %33,4'ünün primipardır. Benzer şekilde Kim ve Chung' un (2018) 'Development of the Korean Pregnancy Stress Scale'de yaptığı çalışmasında %63,1'inin primipar olduğu bulunmuştur. Bu çalışma verileri literatür verileriyle paralellik göstermektedir.

## **7.2.GEBELERDE PRENATAL DİSTRES DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERE YÖNELİK BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Prenatal distres antepartumdan postpartuma kadar geçen bir dizi sürece eşlik eder. Antepartum dönemdeki kadının gebelik, doğum ve bebek bakımı konusundaki endişeleri ve toplumun kadınlardan iyi bir anne olma konusundaki beklentilerin olması gebenin bu dönemde günlük yaşamındaki değişikliklerden ve rahatsızlıklardan kaçınmak veya rahatlamak için baş etme yöntemleri geliştirmesine neden olmaktadır (Kim ve Chung 2018). Hem kişisel hem de kişilerarası ilişkilerin önemli olduğu gebelik süreci kadının tüm hayatını etkileyebilecek derin izler

bırakabilir. Bu nedenle prenatal distres ile baş etme de sosyal desteğin önemi son derece önemlidir. Gebelikte prenatal distres varlığı, postnatal adaptasyonu engeller ve ebeveyn-bebek ilişkisini olumsuz etkiler. Gebelikte ortaya çıkan prenatal distres semptomlarını iyileştirmek için gebelerin mümkün olduğunca erken, tercihen perinatal aşamada psikolojik açıdan değerlendirilmesi son derece önemlidir (Dollberg ve ark. 2016).

Altınçelep ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada gebelerin yaş gruplarına göre Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çapık ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmasında gebelikte prenatal distres ölçeği olarak Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS) ölçeğini kullanmış olup yaş ile prenatal distres arasında negatif yönde anlamlı fark olduğunu bulmuştur. Lynn ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada 16-20 yaş arasındaki kadınlar, 36 yaş ve üstü referans grubuna kıyasla prenatal distres düzeyi yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde bu çalışmada 18-24 yaşları arasındaki gebelerin Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $X^2=-8,783$ ,  $p=0,012$ ).

Bu çalışmada gebelerin aile tipi, evlilik süresi, sağlık güvencesi varlığı ile Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6). Çapık ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Altınçelep ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada lisans ve lisansüstü mezunu olan gebelere kıyasla lise mezunu olan gebelerde prenatal distres düzeyi daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde Goletzke ve arkadaşlarının (2017) prenatal distresin yüksek eğitim görenlerde düşük oranda bulunmuştur. Lobel ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında da eğitimi durumu ile doğum öncesi sıkıntı skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada da benzer şekilde, gebelerin eğitim durumu ile Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=5,428$ ,  $p=0,143$ ). Çalışma verileri literatür verileriyle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin çalışma durumu ile Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $Z=-0,135$   $p=0,893$ ). Ancak çalışmayan gebelerin ölçek puan ortancaları daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, çalışan ve çalışmayan gebeler arasında prenatal distres düzeyleri yönünden anlamlı bir fark saptanmazken; çalışan



gebelerin çalışma hayatında gebeliğe bağlı zorluklar yaşaması prenatal distres düzeyini arttırdığı ifade edilmiştir (Altınçelep 2011). Büber ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, çalışan gebelerin prenatal distres düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber, çalışmayan kadınların prenatal distes düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Bunun, gebelerin sosyo-ekonomik durumu ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Altınçelep ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada gebelerin gelir düzeyi algısına ile prenatal distres düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer şekilde, Çapık ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada gebelerin gelir durumu ile prenatal distres düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak bu çalışmada gelir durumu iyi olan gebelerin Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür ( $X^2=8,050$ ,  $p=0,018$ ). Bu çalışma literatür verileriyle paralellik göstermemektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda, gebelik sayısı ile Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Altınçelep 2011; Çağlar 2017). Ancak bu çalışmada ilk gebeliği olan kadınların Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $Z=-2,799$ ,  $p=0,005$ ). Bu çalışma verileri literatür verileriyle paralellik göstermemektedir. Ancak, ilk gebeliği olan kadınlarda bilinmeyen yaratacağı distresin olması beklenen bir sonuç olabilir.

Altınçelep (2011) tarafından yapılan çalışmada gebe kalma şekli ve bebeğin cinsiyetine göre Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Benzer şekilde bu çalışmada da fetüsün cinsiyeti Prenatal Distres Ölçeği toplam puanını etkilememiştir ( $Z=-0,777$   $p=0,437$ ). Çalışmada elde edilen veriler benzerdir.

Bu çalışmada gebelerin yaşayan çocuk sayısına göre Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk gebeliği olan gebeler ile yaşayan bir çocuğu olan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $X^2=8,109$ ,  $p= 0,017$ ). İlk gebeliği olan kadınların prenatal distes düzeyleri diğerlerine göre daha yüksektir. Goletzke ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada ilk gebelik ile bir veya daha fazla çocuğu olan kadınlara kıyasla prenatal distres puanı yüksek bulunmuştur. Bu çalışma literatür verileriyle paralellik göstermektedir.

Çapık ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada gebelerin gebeliği isteme durumunun prenatal distresi etkilediği ve planlanan gebeliklerde prenatal distres

puanının düşük olduğu belirlenmiştir. Büber ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada istenen gebeliklerde prenatal distres düzeyi düşük bulunmuştur. Bu çalışma da gebelerin prenatal distres ölçek puanı ile gebeliğin planlı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ( $Z=-1,990$ ,  $p=0,047$ ). Çalışma verileri literatür verileriyle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada prenatal distres ölçek puanının ortalaması  $5,46\pm 4,57$  bulunmuştur. Benzer bir çalışmada son trimester gebelerin Prenatal Distres Ölçek puanının ortalaması  $9,2\pm 4,8$  bulunmuştur (Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu Süt 2019). Altınçelep ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin Prenatal Distres Ölçek puan ortalaması  $9,88\pm 4,79$ 'dir (Altınçelep 2011). Riskli gebelerde prenatal distres düzeyini inceleyen bir çalışmada sağlıklı gebelerin Prenatal Distres Ölçeği toplam puan ortalaması  $7,90\pm 5,09$  bulunmuştur (Çağlar 2017). Bu çalışmada, gebelerin prenatal distres düzeylerinin yapılan diğer çalışmalara göre daha hafif düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sonuç, araştırmaya dahil edilen gebelerin herhangi bir risk grubunda olmaması, gebelerin yaş ortalamasının yüksek olması ve çoğunluğun multipar gebeler olması ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada gebelerin algılanan sosyal destek puanının ortalaması  $71,29\pm 14,85$  olarak bulunmuştur. Riskli gebelerde sosyal destek düzeyini inceleyen Çağlar ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında sağlıklı gebelerin sosyal destek toplam puan ortalaması  $71,84\pm 14,14$  olarak bulunmuştur. Ölçer ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise sosyal destek ölçek puanı  $71,20\pm 11,86$ 'dir. Çalışma verileri literatür verileriyle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin aile, arkadaş ve özel bir insan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları sırasıyla;  $25,27\pm 4,41$ ,  $22,77\pm 6,09$ ,  $23,25\pm 6,28$ 'dir. Karataş ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada gebelerin algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları sırasıyla aileden, arkadaştan ve özel bir insandan;  $23,26\pm 6,865$ ,  $19,40\pm 9,795$ ,  $14,15\pm 11,843$  olarak bulunmuştur. Benzer çalışmada gebelerin sırasıyla aile, arkadaş ve özel bir insan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları;  $24,74 \pm 4,64$ ,  $22,26 \pm 6,57$ ,  $22,26 \pm 6,57$ 'dir (Çağlar 2017). Bu araştırma sonucunda aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının diğer alt grup puan ortalamalarına oranla daha fazla bulunmuştur. Çalışma verileri literatür verileriyle paralellik göstermektedir.

Gebelik sürecinde maternal psikiyatrik rahatsızlıkları inceleyen bir çalışmada sağlıklı gebelerin HAD ölçek Anksiyete (HAD-A) alt boyutu puan ortalaması

4,45±2,84 ve HAD ölçek Depresyon (HAD-D) alt boyutu puan ortalaması 4,08 ±2,69 bulunmuştur (Akbaba 2016). Benzer bir şekilde son trimester gebelerde yapılan bir çalışmada HAD ölçek Anksiyete (HAD-A) alt boyutu puan ortalaması 7,4±3,8 ve HAD ölçek Depresyon (HAD-D) alt boyutu puan ortalaması 4,2±3,7 olarak bulunmuştur (Topaç Tunçel ve Kahyaoğlu Süt 2019). Bu çalışmada HAD ölçek Anksiyete (HAD-A) alt boyutu puan ortalaması 8,21±2,99 ve HAD ölçek Depresyon (HAD-D) alt boyutu puan ortalaması 6,29±3,35 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, gebelerde anksiyete puan ortalamasının depresyon puan ortalamasından yüksek olması ve literatür verileriyle paralellik göstermesi, gebelikte anksiyetenin depresyona oranla daha yaygın görülmesi ile açıklanabilir.

Staneva ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada gebelerin %10,9'unun yüksek düzeyde stres ve endişe yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin eşlerinden ve kendi annelerinden aldıkları desteğin kişilerarası ilişkilerde yüksek düzeyde önemli olduğu belirtilmiştir. Güleç ve arkadaşları (2014) yaptığı çalışmada gebelerin sosyal destek düzeyleri arttıkça doğum korkularının azaldığı sonucu bulmuştur. Gebelerin sosyal destek kaynaklarının artırılması ile doğum korkusunun azaltılabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, gebelerin büyük bir bölümünün (%67,6) endişeli olduğu ve en önemli endişe nedenlerinin bebek sağlığı ve doğum korkusu olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Ayrıca bu çalışmada prenatal distres ile sosyal destek arasında ters yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 6). Sosyal desteği olan kadınlarda prenatal distres düzeyleri azalmaktadır. Bu bulgu, gebelik döneminde sosyal desteğin önemini ortaya koyması açısından önemlidir. Bu sonuç çalışmanın hipotezini desteklemektedir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebeliğe bağlı yakınmaların yoğun yaşandığı gebeliğin son trimesterinde gebelerin algıladıkları sosyal desteğin prenatal distres düzeyine etkisi ve prenatal distres düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen çalışmada aşağıda yer alan sonuçlar elde edilmiştir:

- ✓ Araştırma kapsamına alınan gebelerin %45,5'i 25-31 yaş arasında olup gebelerin yaş ortalaması  $27,2 \pm 5,2$  (min:18, max:41)'dir.
- ✓ Gebelerin %85,5' i çekirdek aile olup evlilik süreleri %60,3'ü 1-5 yıl arasındadır.
- ✓ Gebelerin %45,8'i lise mezunu, %83,2'i ev hanımı ve %76'sının gelir durumu giderine denktir.
- ✓ Gebelerin %96,6'sının sağlık güvencesi vardır.
- ✓ Gebelerin %43'ü ilk gebelik olup %55,9'u erkek, %44,1'i kız bebek beklemektedir. Gebelerin %95,3'ü istenen gebeliktir.
- ✓ Gebelerin %67,6'sı endişeli olup, en önemli endişe nedenleri; bebeğinin sağlığı (%42,7) ve doğum korkusudur (%40,8).
- ✓ Gebeler bu süreçte en çok desteği eşlerinden aldıklarını ifade etmişlerdir (%94,4).
- ✓ Prenatal Distres Ölçeği puan ortalaması  $5,46 \pm 4,57$ 'dir.
- ✓ MSPSS ölçek toplam puan ortalaması  $71,29 \pm 14,85$ , aile alt boyutu toplam puan ortalaması  $25,27 \pm 4,41$ , arkadaş alt boyutu toplam puan ortalaması  $22,77 \pm 6,09$  ve özel insan alt boyutu toplam puan ortalaması  $23,25 \pm 6,28$ 'dir.
- ✓ HAD ölçek Anksiyete (HAD-A) alt boyutu puan ortalaması  $8,21 \pm 2,99$ , Depresyon (HAD-D) alt boyutu puan ortalaması  $6,29 \pm 3,35$ 'dir.
- ✓ MSPSS ölçek puanı ve alt boyutları toplam puan ortalamaları ile PDÖ ölçek puanı arasında ters yönde ve orta büyüklükte anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre; sosyal desteği olan gebelerin prenatal distres düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir.

- ✓ PDÖ ölçek puanı ile HAD Anksiyete ölçek puanı ve HAD Depresyon ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.
- ✓ MSPSS ölçek puanı ve alt boyutları toplam puan ortalamaları ile HAD Depresyon ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre; sosyal desteği olan gebelerin depresyon düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür.
- ✓ MSPSS ölçek puanı ve alt boyutları toplam puan ortalamaları ile HAD Anksiyete ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
- ✓ Gebelerin yaşı yükseldikçe prenatal distres ölçek puanı düşmüştür. Özellikle 32 yaş ve üstü gebelerin prenatal distres düzeyleri düşüktür.
- ✓ Gebelerin çekirdek aile ile geniş aile olması, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi olma durumu ile prenatal distres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır.
- ✓ Geliri giderinden fazla olan gebelerin diğer gebelere göre prenatal distres düzeyleri oldukça düşüktür.
- ✓ İlk gebeliği olan kadınların prenatal distres düzeyleri daha yüksektir.
- ✓ Yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebeleri prenatal distres düzeylerinin düştüğü görülmüştür.
- ✓ Gebelerin prenatal distres ölçek puanı ile gebeliğin planlı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Gebeliğin istendiği durumlarda prenatal distres düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür.
- ✓ Bu gebeliğinde endişe duyan gebelerin prenatal distres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin bebek sağlığı, kendi sağlığı ve doğum korkusu hakkında endişe duyması ile prenatal distres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Kadınlara gebelik döneminde yapılacak sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinde bireysel ve sosyokültürel özelliklerin dikkate alınması ve gebelerin bu dönemle ilgili beklentileri, değerleri, endişeleri ve destek sistemlerinin değerlendirilmesi,

- ✓ Kadınların gebelik sürecinde streslerini hafifletmek için annelik hakkındaki inançları, endişeleri ve beklentilerini rahatça ifade edebileceği ortam sağlanmalı ve sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi,
- ✓ Gebelere verilecek olan eğitimlere kadına destek olacağı düşünülen kişilerin (eş, anne, arkadaş vs.) katılımı sağlanmalı,
- ✓ Gebelik döneminde kadınlarda endişe, korku ve stres gelişiminde rol oynayabilecek faktörler (kişisel, sosyal, psikolojik, ebeveynlik gibi) belirlenmeli ve bu konuda ihtiyaç duyulan destek sağlanmalı,
- ✓ Gebelerin gebelik tanısı konulduğu andan itibaren psikolojik durumu değerlendirilmeli ve rutin kontrollerde prenatal distres açısından takip edilmesi,
- ✓ Antenel izlemlerde erken gebelik yaşı, ilk gebelik, plansız gebelik, düşük sosyo-ekonomik durumu olan gebelerin prenatal distres yönünden özellikle değerlendirilmesi,
- ✓ Antenatal eğitimlerde (gebe okulları ya da bireysel eğitimler), gebelerin prenatal distresle baş etme yöntemlerini geliştirmeye yönelik rahatlama, gevşeme ve nefes egzersizleri vb. eğitimlerin sağlanması,
- ✓ Plansız gebeliklerin prenatal distresi arttırdığı göz önüne alındığında, üreme çağındaki kadınların gebeliklerinin planlı olması için aile planlaması danışmanlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sağlanması,
- ✓ Gebelerde trimesterlere göre prenatal distres düzeyleri ve etkileyen faktörleri ve prenatal distresin doğum, doğum sonu dönemlere etkisini inceleyen araştırmaların yapılmasını önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

Ak. H. Mesleki ve Teknik Eğitim Kurumları Öğrencilerinin İnternet Kullanım Alışkanlıkları ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İAÜ. – YTÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. B. Ekinci Güzel).

Akbaba N. Gebelik Sürecinde Psikiyatrik Bozukluğu Olan Anne Bebeklerinde Nörotrofik ve Nöroinflamatuvar Faktör Düzeylerinin Maternal Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi. Selçuk.Ü. Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi 2016, Konya (Danışman: Doç. Dr. B. B. Annagür).

Alderdice F,Lynn F. Faktor structure of the prenatal distress questionnaire. Midwery. 2011;553-559.

Altınçelep F. Gebelerde Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. S. Akın).

Altundaş P. Gebelikteki Sağlık Davranışlarının Bölgesel Olarak Karşılaştırılması. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2009, İzmir (Danışman: Doç. Dr. N. Soğukpınar).

Ataman H. Doğal ve İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2007, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H. Arslan).

Arda S. Preterm Eylem Tedavisinde Kullanılan Tokolitik İlaçların Fetal ve Maternal Kan Akımlarına Etkileri. Trakya Ü. Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi 2007, Trakya (Danışman: Doç. Dr. N. C. Sayın).

Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(2).

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000:138-139.

Aygün C, Kumbak Aygün B. Gebelik ve konstipasyon. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010.17(1):71-75.

Babadağlı B. Gebelik Yaşının Fizyolojik, Psikolojik Değişikliklere, Komplikasyonlara ve Doğuma Yönelik Etkilerinin Belirlenmesi. KOÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2003, Kocaeli (Danışman: Prof. Dr. S. Aksayan).

Babadağlı B. Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2008;11(3).

Bınar E. S. Sığınmaevinde Kalan Kadınların Algıladıkları Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Umut Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. A.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. S. Nazlı).

Boybay Koyuncu S. Son Trimester Nullipar Gebelerde Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerin Psikososyal Sağlık Düzeyine Etkisi. Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013, Konya (Danışman: Yard. Doç. Dr. S. Dereli Yılmaz).

Büber Z. Primipar Gebelerde Prenatal Bağlanma Stilleri, Prenatal Distres Düzeyi Ve Yaşam Kalitesi İlişkinin İncelenmesi. Beykent Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2017, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. S. Güler),



Candan Ö. Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin, Depresyon Düzeylerinin Etkisi. Haliç. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2012, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H. Arslan).

Cihandide G. Kanser Hastalarında Zaman Perspektifi ve Sosyal Destek Algısının Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. F. Betül Aydın).

Coşansu G. Verilerin Analizi ve Yorumlanması. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M. N. (eds.). Hemşirelikte Araştırma. Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti: İstanbul; 2014, s: 271.

Coşkuner Potur D. İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2003, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N. Sabuncu).

Çağlar M. Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Prenatal Distres ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2017, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Ü. Yeşiltepe Oksay).

Çetinkaya E. Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2014, İzmir (Danışman: Doç. Dr. O. Kavlak).

Çakır Koçak Y. İlk Kez Anne-Baba Olacaklara Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeyleri Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2007, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. D. Çakır).

Çakır L, Can H. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri ilişkisi. Turkish Family Physician 2012;3(2):35-42.

Çapık A. Tılbürg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi 2013, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. T. Pasinlioğlu).

Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18(3):196-203.

Dağlar G. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Anne-Bebek Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi 2014, Sivas (Danışman: Doç. Dr. N. Nur).

Dalak H. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Mersin.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2010, Mersin (Danışman: Yard. Doç. Dr. M. Altıok).

Daloğlu A. G. Gebelik ve Depresyonun Bilişsel İşlevleri Üzerine Olan Etkisinin Karşılaştırılması. A.Ü. Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. N. Aydın).

Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. MÜSBED, 2014;4(4):200-206.

Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel Ve Emosyonel Yakınmalar. AKÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2006, Afyon (Danışman: Yard. Doç. Dr. N. Cengiz).

Deveci F. Ergenlerde Karar Verme Stilleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011, Adana (Danışman: Yard. Doç. Dr. M. Bilgin).

Em P. Gebeliği şiddetli Preeklampsi veya Peripartum Kanamayla Komplike Olan Kadınlarda Tekrar Gebe Kalma İsteği, Anksiyete-Depresyon ve Travma Sonrası Stres Bozukuğu Belirtilerinin İncelenmesi. D.Ü. Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi 2011, Diyarbakır (Danışman: Yard. Doç. Dr. M. S. Evsen).

Erdemoğlu . Fetusun Cinsiyetinin Prenatal Bağlanma ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkinin Saptanması. İnönü.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2016, Malatya (Danışman: Yard. Doç. Dr. Y. Aksoy Derya).

Esin M.N. Örnekleme. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M. N. (eds.). Hemşirelikte Araştırma.Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti: İstanbul; 2014, s: 189.

Esmeray N. Gebelik Deneyimleri Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. CBÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2016, Manisa (Danışman: Doç. Dr. E. Yanıkkerem).

Evrenol Öçal S. Adölesan Gebelerin Gebelik, Doğum ve Anneliğe Uyumları ve Etki Eden Faktörler. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. A. Saruhan).

Field T. Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior and Development*. 2017;120–128.

Field T. Prenatal depression effects on early development: A review. . *Infant Behavior and Development*. 2011;1-14.

Furber C. M, Garrob D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A gualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *İnternational Journal of Nursing Studies* . 2009;669-677.

Gelenbe Öztürk E. A. Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Psikososyal Faktörlerin ve Kişilerin Psikolojik Dayanıklılığının Etkileri. Beykent.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2017, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. H. Ebadi).

Giurgescu C, Misra S. P, Sealy-Jefferson S, Caldwell C. H, Templin T. N, Slaughter-Acey J. C, Oyspuik T. L. The impact of neighborhood quality, perceived stress, and

social support on depressive symptoms during pregnancy in African American women. *Social Science & Medicine*. 2015; 172-180.

Güler A. Gebelik Dönemindeki Stresörlerin Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H. Arslan).

Gümüş H. Evli Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Yaşam Doyumları ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Yalova.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2015, Yalova (Danışman: Doç. Dr. F. Güngör).

Gümüştay M. Gebelikte Kadının Beden Algısının ve Eşlerin Cinsel Fonksiyonunun İncelenmesi. O.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2016, Ordu (Danışman: Doç. Dr. N. Erbil).

Gümüştay M. Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2014, Erzurum (Danışman: Yard. Doç. Dr. S. Ejder Apay).

Güneştay İ. Gebelik Yaşının Kadınların Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. OMÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011, Samsun (Danışman: Yard. Doç. Dr. B. Atalay).

Goletzke J, Kocalevent R. T, Hansen G, Rose G, Becher H, Hecher K, Arck P. C, Diamant A. Prenatal stress perception and coping strategies: Insights from a longitudinal prospective pregnancy cohort. *Journal of Psychosomatic Research*. 2017; 8–14.

Hancıoğlu Aytay S. Sosyal Desteğin Gebelik ve Doğum Sonu Depresyona Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. S. Yazıcı).

Höbek Akarsu R. Gebelik Yogasının Gebenin Psikososyal Sağlık Düzeyi ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi 2016, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. G.Rathfisch).

Kamalak H. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi. ADÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2015, Aydın (Danışman: Doç. Dr. A. Çoban).

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve sonrası dönemlerde durumluluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2007;10(1):113-121.

Karabulut Doyurgan T. Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemdeki Kadınların Uyum Düzeyleri.OMÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2009, Samsun (Danışman: Yard. Doç. Dr. M.E. Sardoğan).

Karabulut G. Gebelikte Doğum Beklentisinin Postpartum Depresyon Geliştirme Üzerine Etkisi. Haliç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr.E. Şalcıoğlu).

Karataş B. Gebelikte Bulantı Kusma ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2010, İzmir (Danışman: Doç. Dr. S. Mete).

Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Trakya Ü. Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi 2008, Trakya (Danışman: Yard. Doç. Dr. E. M. Şahin).

Koçak V. Prenatal Tarama Testi İçin Başvuran Gebelerde Kaygı Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2014, Konya (Danışman: Doç. Dr. E. Ege).

Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(1):67-99.

Liou S, Wang P, Cheng C. Effects of prenatal maternal mental distress on birth outcomes. *Women and Birth*. 2016; 376–380.

Lobel M, Cannella D. L, DeVincent C, Schneider J, Graham J. E, Mayer B. A. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*. 2008;27(5):604–615.

Lynn F. A, Alderdice F. A, Crealey G. E, McElnay J. Associations between maternal characteristics and pregnancy-related stress among low-risk mothers: An observational cross-sectional study *International Journal of Nursing Studies*.2011;620-627.

Marca-Ghaemmaghami P.L, Marca R. L, Dainese S. M, Haller M, Zimmermaan R, Ehlert U. The association between perceived emotional support, maternal mood, salivary cortisol, salivary cortisone, and the ratio between the two compounds in response to acute stress in second trimester pregnant women. *urnal of Psychosomatic Research*. 2013; 314–320.

Mecdi M, Rathfisch G. Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar. *F.N. Hem.Derg*. 2013; 21(2) :129-138.

Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı ve düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*.2010; 1(2):71-76.

Metin A, Pasinlioğlu T. Gebelerin algıladıkları sosyal destek ile prenatal bağlanma arasındaki ilişki. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*.2016;3 sf: 49-66.

Nazik E. Gebelikte Görülen Olağan Rahatsızlıklar ve Gebelerin Uyguladıkları Başetme Yöntemleri. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2005, Erzurum (Danışman: Yard. Doç. Dr. G. Eryılmaz).

Nurseven Şimşek H. Gebelikteki Psikososyal Durumun Evlilik Uyumuyla İlişkisi. CBÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2014, Manisa (Danışman: Yard. Doç. Dr. S. Şen).

Nur Şahin G. Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma, Öznel İyi Oluş ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması. DEÜ. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ş. Özben).

Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırkpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2003;4:98-105.

Olçay G. U. Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. S. L. Bilgin).

Öden T. N. Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişki. ADÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2016, Aydın (Danışman: Yard. Doç. Dr. R. Çam).

Ölçer Z, Bakır N, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin öz yeterlilik ve sosyal destek algıları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2016;19:1.

Özçelik G. Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. ADÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2010, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Z. Karaçam).

Özkan Z. Gebelikte Uyku Kalitesinin Tramvay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2012, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. G. Bozkurt).

Özorhan E.Y. Gebelerin Gebelik Sürecinde Beden İmajını Algılama Durumlarının Belirlenmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. T. Pasinlioğlu).

Özorhan E.Y. Gebelikteki Yakınmalar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi 2016, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. T. Pasinlioğlu).

Pişirgen T. N. Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. ESOGÜ. Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi 2011, Eskişehir (Danışman: Doç. Dr. M. Ünalacak).

Satı Kırkan T. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler: Bir İzlem Çalışması. A.Ü. Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi 2014, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. N. Aydın).

Sevindik F. Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Elazığ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2005, Elazığ (Danışman: Yard. Doç. Dr. F. Oğuzöncül).

Sadık Ö. Sınıf Öğretmenlerinin Maruz Kaldıkları Yıldırma Davranışları, Algıladıkları Sosyal Destek ve Mesleki İş Doyumları Arasındaki İlişki. İAÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. B. Ekinci Güzel).

Steneva A, Morowska A, Bogossian F, Wittkowski A. Pregnancy-specific distress: the role of maternal sense of coherence and antenatal mothering orientations. *Journal of Mental Health*, 25:5, 387-394, DOI: 10.3109/09638237.2015.1101425.



Sözeri C. Gebelikte Psikososyal Sağlığın Değerlendirilmesinin Doğum Sonu Depresyonu Belirlemedeki Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. H. Yıldız).

Şahin Köybaşı E. Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ü. Yeşiltepe Oskay).

Şahin P. Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler. MEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2015, Mersin (Danışman: Prof. Dr. S. Yurtsever).

Şahsıvar M. Ş. Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Selçuk Ü. Meram Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi 2007, Konya (Danışman: Yard. Doç. Dr. K. Merakoğlu).

Şimşek H.N, Demirci H, Bolsoy N. Sosyal destek sistemleri ve ebelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018; 8(2):97-103.

Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. İçinde: Ebeveylığe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım.11. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık., Ankara;2012, s: 151-197.

Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek. Derg.2009; 13(3):132-136.

TÜİK, Seçilmiş göstergelerle manisa. 2013; s:12

TÜİK.(2015). Türkiye Sağlık Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 12.01.2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854>. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2013).

TÜİK.(2017). Türkiye Sağlık Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 28.06.2018, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>

Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler, Öneriler. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim 15.01.2017, <http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/5550af1d369dc51954e43522/taya2013trk.pdf>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara; 2014, s: 11 <http://www.tuseb.gov.tr/tacese/yuklemeler/mevzuatlar/Gebe%20Bilgilendirme%20S%C4%B1n%C4%B1f%C4%B1%20Genelgesi%20ve%20E%C4%9Fitim%20Kitab%C4%B1.pdf>.

Togher L.K, Treacy E, O’Keeffe G.W, Kenny L.C. Maternal distress in late pregnancy anters obstetric outcomes and the expression og genes important for placental glucocorticoid signalling. *Psychiatry Research* 255. 2017;17-26.

Topaç Tunçel N, Khyaoğlu Süt H. Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distress düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2019; 16(1):9-17.

Xie R, He G, Koszycki D, Walker M, Wen W. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. 2009; 19(9):637-643.

Yali A.M, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1999;(20):39-52

Yekenkunrul D. Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. DEÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2011, İzmir (Danışman: Doç. Dr. S. Mete).

Yıldırım T. Üniversite Öğrencilerinde Benlik Saygısı ile Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2017, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. A. Yetkin).

Yıldız Çiltaş N. Gebelikte Distresin Tanımlanması. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2015, Erzincan (Danışman: Yard. Doç. Dr. S. Köse).

Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. Klinik Psikiyatri 2013;16:83-97.

Yüksel F, Akın S, Durna Z. Prenatal distres ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve faktör analizi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2011; 8(3):43-52.

## 10.EKLER

### EK-I: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Tez Konusu Onayı



T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ


Sayı :66459836- 302.14.01/456  
Konu :

16.104/2015

EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi: 23.03.2015 tarih ve 17 sayılı yazınız,  
23.03.2015 tarih ve 27 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınızın İlgi yazıları 10.04.2015 tarihli Enstitü Yönetim Kurulu'nda görüşülerek, Ebelik Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Esra BAYRAM'ın "Kütahya Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezine Başvuran ve Başvurmayan Kadınlarda Meme Kanseri Farkındalığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" ve Tuğçe ÇINAR'ın "Son Trimester Gebelerde Sosyal Dester Algısının Prenatal Distres Üzerine Etkisi" başlıklı tez konularının Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile kabul edilmesine karar verilmiştir.  
Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ  
Enstitü Müdürü

## EK-II: Celal Bayar Üniversitesi Yerel Etik Kurulu Onayı

T.C.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	17 / 08 / 2016 / 20.478.486 - 317						
ARAŞTIRMANIN ADI	Son Trimester Gebelerde Sosyal Destek Algısının Prenatal Distres Üzerine Etkisi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ - CBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Ebelik / Mezun Tuğçe NAMIK						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	12 / 08 / 2016 / Tarih ve 267 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile ilişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	-1C-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Erol Ozan Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanın Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>							
<p>-1C- Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>							

## EK-III: Manisa Kamu Kurumları Müdürlüğü İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUMU  
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA  
EĞİTİM VE AR-GE BİRİMİ  
11/09/2015 14:49 - 61763929 / 774.07 / 772



Sayı : 61763929/774.07  
Konu : Tuğçe ÇINAR/Tez Çalışması Hk.

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 04/09/2015 tarihli dilekçe.

İlgi tarihli dilekçeye istinaden; Celal Bayar Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Tuğçe ÇINAR'ın "Son Trimester Gebelerde Sosyal Destek Algısının Prenatal Distres Üzerinde Etkisi" konulu tez çalışmasını Sağlık Tesisinizde yapması;

Akademik Çalışma dışında Kamu Hastaneleri Kurumundan izin almaksızın yayınlanmaması kaydı ile uygun görülmüş olup, ancak hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırmacı metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler de göz önünde bulundurularak, çalışma sonucunda kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonuç raporunu, araştırmanın tamamlanmasının öngörüldüğü tarihten itibaren 30 (otuz) gün içerisinde Genel Sekreterliğimiz Eğitim Birimi'ne iletilmesi; sonuç raporunun Kurumumuza iletilmemesi durumunda, tarafınızdan Kurumumuz bünyesindeki Sağlık Tesislerinde bundan sonra talep edeceğimiz çalışmalara izni verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ  
Genel Sekreter

Dağıtım:  
Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Yöneticiliği  
Tuğçe Çınar(C.B.Ü. Manisa Sağlık Yüksekokulu)

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı no:58  
Sadık ÜNLÜ

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0483324b-d15d-4c02-bcd2-05aedcbef079 kodu ile erişebilirsiniz.

## Ek-IV: Kişisel Bilgi Formu

**Yönerge:** Bu anket, sizin gebeliğinizin bu döneminde hissettiğiniz sosyal destek ile sizi rahatsız ve tedirgin eden durumlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla uygulanmaktadır. Anket kimliğiniz ile ilgili soru içermemektedir. Vereceğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacaktır. Anketi doldurarak çalışmamıza vereceğiniz destek için teşekkür ederiz.

**1. Gebelik haftası:** .....

**2. Yaşınız:** .....

**3. Medeni durumunuz:** 1) Evli (resmi nikah) 2) Evli (imam nikahı) 3) Bekar 4) Boşanmış

**4. Aile tipiniz:** 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

**5. Evlilik süresi:** .....

**6. Eğitim durumunuz:**

1) Okur-yazar 2) İlköğretim 3) Lise mezunu 4) Üniversite mezunu

**7. Mesleğiniz:**

1) Ev hanımı 2) Çiftçi 3) İşsiz (bulamama ya da çıkartılma )

4) İşçi 5) Memur 6) Serbest meslek

**8. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**

1) Gelirim giderimden az (kötü) 2) Gelirim giderime denk (orta) 3) Gelirim giderimden fazla (iyi)

**9. Sağlık güvenceniz var mı?** 1) Evet 2) Hayır

**10. Bu kaçınıcı gebeliğiniz.....**(İlk gebelik değilse bir önceki gebelik tarihi .....

**11. Yaşayan çocuk sayınız:.....Kürtaj:..... Düşük: ..... Ölü Doğum:.....**

**12. Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?** 1) Evet 2) Hayır

**13. Bu gebelik eşiniz için istenen bir gebelik mi?** 1) Evet 2) Hayır

**14. Gebe kalma şekliniz:**

1) Kendiliğinden 2) Yumurtalık uyarılması (Over stimülasyonu)

3) Aşılama (İnseminasyon) 4) Tüp bebek (IVF )

**15. Gebeliğiniz süresince size en çok kim/kimler destek oluyor?**

1) Eşi 2) Annesi 3) Kayınvalidesi 4) Arkadaşı 5) Diğer.....

**16. Gebeliğiniz süresince size en çok kimin destek olmasını isterdiniz?**

1) Eşi 2) Annesi 3) Kayınvalidesi 4) Arkadaşı 5) Diğer.....

**17. Şimdiki gebeliğinizde sizi endişelendiren bir durum var mı?**

1) Hayır 2) Bebeğimin sağlığı 3) Kendi sağlığım 4) Doğum korkusu 5) Diğer.....

**18. Bebeğin cinsiyeti:**

1) Erkek 2) Kız 3) Bilmiyor

## Ek-V: Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)- Revize Versiyonu ve İzin Yazısı

Gebelikte bir takım durumlar bazı kadınlar için rahatsızlık verici veya tedirgin edici olabilir. Ancak, aynı şeyler başka kadınlar için rahatsız edici olmayabilir. Biz, bu gebeliğiniz süresince endişelendiğiniz ya da rahatsız olduğunuz şeyleri öğrenmek istiyoruz.

Gebeliğinizin bu döneminde kendinizi rahatsız, endişeli ya da üzgün hissettiğiniz durumları belirtiniz. Yanıt verirken lütfen aşağıda yer alan ifadelerden birisini seçiniz.

	0 HİÇ	1 BİRAZ	2 ÇOK FAZLA			
				HİÇ	BİRAZ	ÇOK FAZLA
1. Gebeliğinizin bu döneminde <b>yeni doğan bebeğin bakımı</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
2. Gebeliğinizin bu döneminde <b>yüksek tansiyon veya şeker hastalığı gibi devam eden sağlık sorunlarınızın gebeliğinize etkisi</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
3. Gebeliğinizin bu döneminde <b>enerjinizin düşük olması ve kendinizi yorgun hissetmeniz</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
4. Gebeliğinizin bu döneminde <b>doğum sırasında hissedeceğiniz ağrı/sancı</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
5. Gebeliğinizin bu döneminde <b>aldığınız sağlık bakım hizmetleri için yaptığımız harcamalar</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
6. Gebeliğinizin bu döneminde <b>kilonuzda ve vücudunuzun görünümünde oluşan değişiklikler</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
7. Gebeliğinizin bu döneminde <b>bebeğin beklenenden çok erken doğma olasılığı</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
8. Gebeliğinizin bu döneminde <b>gebelikte ortaya çıkan kusma, ayaklarda şişlik veya bel ağrısı gibi bedensel şikayetler</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz? (Evet ise; hangi şikayetler?: .....)						
9. Gebeliğinizin bu döneminde <b>aldığınız tıbbi bakımın kalitesi</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
10. Gebeliğinizin bu döneminde <b>bebeğin doğumu nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinizde yaşayacağınız değişiklikler</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz? (Evet ise; özellikle kim? .....)						
11. Gebeliğinizin bu döneminde <b>sağlıksız bir bebeğiniz olabileceği</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
12. Gebeliğinizin bu döneminde <b>doğum sırasında neler olacağı</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
13. Gebeliğinizin bu döneminde <b>çalışma yaşamınız veya ailenizin bakımı</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						
14. Gebeliğinizin bu döneminde <b>bebeğin giysileri, beslenmesi ve sağlık bakımı için yapacağımız harcamalar</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?						



15. Gebeliğinizin bu döneminde <b>bebeğin doğumundan sonra bir işte çalışmak durumunda olmanız</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?			
16. Gebeliğinizin bu döneminde <b>bebeğin doğumundan sonra bebeğin günlük bakımı, diğer bakım konuları ve bebek bakımında destek alınan kişiler</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?			
17. Gebeliğinizin bu döneminde <b>kullandığınız sigara, alkol ya da ilaçlardan bebeğin etkilenmiş olup olmadığı</b> konusunda kendinizi <b>rahatsız, üzgün</b> ya da <b>endişeli</b> hissediyor musunuz?			

<b>Gebeliğiniz, doğum veya bebeğiniz ile ilgili sizi rahatsız eden, endişelendiren ya da üzen başka şeyler var mı?</b>	0 HAYIR	1 EVET
	Cevabınız evet ise bunların neler olduğunu söyleyebilir misiniz?: ..... .....	

Re: "Prenatal Distres Ölçeği" Kullanım İzni

SA semiha akin <semihaakin@yahoo.com>  
1.03.2015 Paz 18:25

Siz

Sayın Çınar,

Ölçeği tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Doç. Dr. Semiha AKIN

Istanbul Bilim Üniversitesi  
Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yazarlar Sokak No:17 34394 Esentepe  
Sisli / Istanbul

Tel.: 90 (212) 273 26 900 212 275 75 82 iç hat 130

On Sunday, March 1, 2015 5:14 PM, tuğçe çınar <tugcecinar@windowslive.com> wrote:

Sayın Doç.Dr.Semiha AYAN  
Ben Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim."Son Trimester Gebelerde Sosyal Destek Algısının Prenatal Distres Üzerinde Etkisi" konulu bir tez çalışması planladık.Bu çalışmadan kullanılmak üzere sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız " Prenatal Distres Ölçeği" ni kullanabilmek için izninizi istiyorum. Şimdiden Teşekkür ederim.İyi Çalışmalar Dilerim...

Enstitüsü

CBÜ Sağlık Bilimleri

Ebelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
Tuğçe ÇINAR

## EK-VI: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) ve İzin Yazısı

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin karşısında cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin karşısındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan ( <i>örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i> ) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan ( <i>örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i> ) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
3. Ailem ( <i>örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim</i> ) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden ( <i>örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden</i> ) alırım.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan ( <i>örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i> ) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
8. Sorunlarımı ailemle ( <i>örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle</i> ) konuşabilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren insan ( <i>örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor</i> ) var.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
11. Kararlarımı vermemde ailem ( <i>örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim</i> ) bana yardımcı olmaya isteklidir.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	Hayır	1 2 3 4 5 6 7	Evet

Re: Ölçek izni hk.

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

28.07.2016 Per 14:54

Kime: Hülya DEMİRÇİ <cbu\_ebelik@hotmail.com>

Sayın Tuğçe Namık,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

Başarılar dilerim.

Prof Dr. Haluk Arkar

---

**Kimden:** "Hülya DEMİRÇİ" <cbu\_ebelik@hotmail.com>

**Kime:** "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>

**Gönderilenler:** 28 Temmuz Perşembe 2016 13:45:44

**Konu:** Ölçek izni hk.

Sayın Hocam,

Ben CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik AD'da yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde, tarafınızdan geliştirilen "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"ni kullanmak istiyorum. Saygılarımla..

Tuğçe NAMIK

EGE ÜNİVERSİTESİ

-----  
Bu elektronik posta ve onunla iletilen bütün dosyalar sadece göndericisi tarafından alması amaçlanan yetkili gerçek ya da tüzel kişinin kullanımı içindir. Eğer söz konusu yetkili alıcı değilse bu elektronik postanın içeriğini açıklamaz, kopyalamaz, yönlendirmeniz ve kullanmanızı kesinlikle yasaktır ve bu elektronik postayı derhal silmeniz gerekmektedir.

EGE ÜNİVERSİTESİ bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda herhangi bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bu bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajdaki görüşler yalnızca gönderen kişiye aittir ve EGE ÜNİVERSİTESİ'nin görüşlerini yansıtmayabilir

---

This e-mail and any attachments may contain confidential and privileged information. If you are not the intended recipient, please notify the sender immediately by return e-mail, delete this e-mail and destroy any copies. Any dissemination or use of this information by a person other than the intended recipient is unauthorized and may be illegal.

EGE UNIVERSITY makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. The opinions expressed in this message belong to sender alone and may not necessarily reflect the opinions of EGE UNIVERSITY.

## **EK-VII: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)**

Bu anket sizi daha iyi tanımamıza yardımcı olacaktır. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

### **1. Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

### **2)Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

### **3)Sanki kötü birşey olacaktı gibi bir kokuya kapılıyorum.**

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç öyle değil

### **4)Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

### **5)Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

### **6)Kendimi neşeli hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

### **7)Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

**8)Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**9)Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

- Hiç bir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

**10)Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

**11)Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

**12)Olacakları zevkle bekliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

**13)Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

**14)İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

## **EK-VIII: Aydınlatılmış Onam Formu**

**CALIŞMANIN ADI** (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.):

Gebeliğin son üç ayında hissedilen sosyal desteğin gebelikte yaşanan stres, anksiyete ve depresyon üzerine etkisi

*Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.*

### **CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

Gebelik ve doğum sonrası dönem, anne ve bebekten oluşan ikili yaşamı ifade ettiği için sosyal desteğe gereksinim duyulan en önemli dönemlerden biridir. Gebelik döneminde ortaya çıkan ruhsal sorunlar eğer çözülmezse, emosyonel baskılar artmaya devam edebilmekte, kaygı ve depresyon gelişebilmektedir. Ortaya çıkan ruhsal hastalıklar annenin duygu durumunu etkileyerek gebelikte ilgili olumsuz sonuçlara neden olabilmekte ve tedavi almayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırabildiği bildirilmektedir. Ayrıca, antenatal depresyon ve anksiyetenin ileride oluşabilecek postpartum depresyonunun habercisi olabileceği dikkate alınmalıdır.

Günlük yaşamda karşılaşılan problemler karşısında genellikle en yakın arkadaş, eş ya da akraba gibi sosyal destek kaynaklarına problemin çözümü için başvurulur. Söz konusu kaynaklardan elde edilen sosyal desteğin bireyin problemlerle başa çıkma becerilerini geliştirme, beden ve ruh sağlığı açısından önemli etkisi bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda da sosyal destek kaynakları güçlü olan bireylerin daha az depresyon düzeyine, daha yüksek benlik algısına, daha uzun ömürlü ve daha sağlıklı bedene sahip olduğu saptanmıştır. Sosyal destek bireyin temel ihtiyaçlarından olan sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi gereksinimlerini karşılayarak bireyi hem fiziksel hem de ruhsal açıdan olumlu yönde desteklemektedir.

Bu nedenlerle çalışmamızda sosyal desteğin gebelikte yaşanan stres, anksiyete ve depresyon üzerine etkisinin ortaya çıkarılması planlanmıştır.

### **CALIŞMA İŞLEMLERİ:**

*( Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml ( bir çay kaşığı ) / 5 ml ( bir tatlı kaşığı ) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)*

Araştırma verileri, katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, siz NST polikliniğinde beklerken, anket formları kullanılarak, anketör tarafından toplanacaktır. Görüşme süresi yaklaşık 15 dakikadır. Bu süre içerisinde, istediğiniz an çalışmadan ayrılmakta özgürsünüz.

### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

Gebelik kadın yaşamında doğal bir olaydır. Ancak gebelik döneminin neden olduğu psikolojik değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır. Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Bu doğrultuda, elde edilecek sonuçların, gebelik sürecindeki kadınların psikososyal uyumuna katkı sağlayacağı ve dolayısıyla güzel bir gebelik dönemi geçirmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

### **GÖNÜLLÜYE UYGULANACAK İŞLEMLERİN OLASI ZARARLARI NELERDİR?**

Gönüllüye uygulanacak işlemlerin olası herhangi bir zararı bulunmamaktadır.

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kişisel olarak değerlendirilmeyecek, kişilerin isimleri ve bilgileri araştırmacılar dışında kimseye verilmeyecek, yalnızca araştırma verisi olarak kullanılacaktır.

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

1. Ebe Tuğçe NAMIK 0554 953 09 43
2. Yrd. Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ 0530 328 20 95

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

## Ek-IX: Özgeçmiş

<b>Adı</b>	Tuğçe	<b>Soyadı</b>	NAMIK
<b>Doğum Yeri</b>	ANKARA	<b>Doğum Tarihi</b>	20.03.1989
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Tel</b>	0(554)9230943
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:tugcecinar@windowslive.com">tugcecinar@windowslive.com</a>		

## Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2011
<b>Lise</b>	Kipa 10. Yıl Lisesi	2006

## İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl-Yıl)</b>
Hemşire	Özel Kent Hastanesi-Ameliyathane	2011-2013
Ebe- Hemşire	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı Perinatalog Prof. Dr. Yeşim Bülbül Baytur	2013-2014
Hemşire	Atasöğüt Hastanesi-Ameliyathane	2014-2015
Hemşire	Plastik Cerrahi Kliniği Dr. Ebru Durmuş-Cerrahi	2015-2017
Ebe	Sağlık Bakanlığı	2018-Halen devam ediyor

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	Orta	Orta	Orta

## Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>			
<b>(Diğer) Puanı</b>			



## Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Office	İyi
SPSS	İyi

\*Çok iyi,iyi,orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

## Katıldığı Ulusal Kongre ve Sempozyumlar

1. Sağlık Hizmetlerinde İletişim Kongresi (4-6 Mayıs 2017)
1. Ege Ebelik ve Doğum Kongresi (21-22 Mart 2014)
1. Endoskopik Cerrahi Ve Laparoskopi Hemşireleri Günleri Derneği Eğitim Günleri (28 Aralık 2013)
1. Ulusal Doğal Doğal Doğum Kongresi (24- 26 Nisan 2013)
1. Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi (20- 22 Nisan 2013)
- Manisa İlinde Madde Bağımlılığına Yönelik Hizmetlerde Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştayı (19 Nisan 2013)
- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği İzmir Şubesi Bilimsel Eğitim Toplantıları (27 Nisan 2012)
- Dr. Tabet Kızılcın 2. İlk Yardım Eğitim Semineri (21 Ocak 2012)
- Kent Hastanesi Yetişkin – Pediatrik Cpr Eğitim (26 Haziran 2011)
- Kent Hastanesi Yenidoğan Cpr Eğitim (26 Haziran 2011)
- Günümüz Türkiye’inde Aile Planlaması Politikaları Sempozyumu (7 Mayıs 2011 İzmir)
2. Ulusal Öğrenci Ebelik Kongresi (27-29 Nisan 2011, Aydın)
2. Ulusal Öğrenci Ebelik Kongresi (27-29 Nisan 2011, Aydın)(Panel Oturum Başkanlığı Teşekkür Plaketi ve Belgesi)
- ’’Sigara Beslenme Ve Fizik Aktivite’’ Konulu ’’Akran Eğitici Eğitimi’’ Programı (22 Nisan 2011, İzmir)
- Yenidoğan’da Kanıt Temelli Cilt Bakımı Sempozyumu (18 Aralık 2010, İzmir)
5. Ege Pediatri Ve 1. Ege Pediatri Hemşireliği Günleri Kongresi (9- 11 Aralık 2010, İzmir)
- Ulusal Katılımlı Pediatri Ve Geriatri El Ele Sempozyumu (28- 30 Mayıs 2010, Manisa)
- Bebek Dostu Hastaneler Elele Paneli (27 Mart 2009, Manisa)

### **Katıldığı Uluslararası Kongre ve Sempozyumlar**

Carlificate Of Complation Lameze İnternational Lactation Consultant Symposium  
(28 Mart 2012)

Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlıkın Geliştirilmesi ve İletişim Sempozyumu (11-13  
Nisan 2011, İstanbul)

### **Katıldığı Kurslar**

Ebelikte Kişiler Arası İletişim Becerileri (4 Mayıs 2017)

T.C. Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Neonatal Resütasyon Sağlığı Kursu (24-26  
Mayıs 2011 )

T.C. Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İlk Yardım Kursu (Geçerlilik Süresi:  
09.03.2014 Manisa)

5. Ege Pediatri ve 1. Ege Pediatri Hemşireliği Günleri Kongresi

Temel Yenidoğan Sağlığı Kursu (9 Aralık 2010 İzmir)

### **Bildiriler**

Doğum Sonu Dönemde Babanın Rolü (1. Ulusal Doğum Sonrası Bakım Kongresi  
20-22 Nisan Poster Bildiri)

Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Mesleği Tercih Etme Nedenleri Ve Meslekten  
Beklentilerinin İncelenmesi(2. Ulusal Öğrenci Kongresi 27- 29 Nisan 2011 Kitabı Sf:  
89 Sb- 034 Sözlü Bildiri)

Manisa Doğum Evi Hastanesine Başvuran 15- 49 Yaş Kadınlarda Depresyon  
Belirtilerinin Görülme Sıklığı (2. Ulusal Öğrenci Kongresi 27- 29 Nisan 2011 Kitabı  
Sf: 158 Pb- 040 Poster Bildiri)

Sezaryan Doğumların Önlenmesinde Ebenin Rolü (2. Ulusal Öğrenci Kongresi 27-  
29 Nisan 2011 Kitabı Sf: 247 Pb- 129 Poster Bildiri)

Bir Üniversite Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Evli Kadınların  
Üreme Sağlığı Sorunlarının İncelenmesi (Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması  
Kongresi 22- 25 Nisan 2011 Poster Bildiri)

## Ek X:Tez İntihal Raporu

T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU  
EBELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

**Tez Adı:** Son Trimester Gebelerde Sosyal Destek Algısının Prenatal Distres Üzerine Etkisi

Tezime ilişkin 16/01/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinalite raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 19'dur.

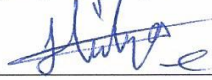
Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

16.01.2019

**Adı Soyadı** : Tuğçe NAMIK  
**Öğrenci No** : 131336005  
**Anabilim Dalı** : Ebelik  
**Programı** : Ebelik



**DANIŞMAN ONAYI**  
UYGUNDUR.  
Dr.Öğr.Üyesi Hülya Demirci



### Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinalite Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.  
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinalite Raporu" formuna işlenir.
- 7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinalite Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>